PEDOMAN PENCEGAHAN DAN PENANGANAN BUNUH DIRI

DIREKTORAT PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN
MASALAH KESEHATAN JIWA DAN NAPZA
DITJEN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT
KEMENTERIAN KESEHATAN
TAHUN 2021

PEDOMAN PENCEGAHAN DAN PENANGANAN BUNUH DIRI

DIREKTORAT PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN
MASALAH KESEHATAN JIWA DAN NAPZA
DITJEN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT
KEMENTERIAN KESEHATAN
TAHUN 2021

SAMBUTAN
DIREKTUR JENDERAL PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa atas berkah dan karunia-Nya sehingga **Buku Pedoman Pencegahan dan Penanganan Bunuh Diri** akhirnya dapat diselesaikan.

Tujuan utama penyusunan **Buku Pedoman Pencegahan dan Penanganan Bunuh Diri** ini adalah sebagai acuan bagi Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, fasilitas pelayanan kesehatan primer dan rujukan serta lintas sektor terkait dalam melakukan upaya pencegahan dan penanganan bunuh diri. Bunuh diri dapat dicegah sehingga perlu dikembangkan program pencegahan bunuh diri yang terintegrasi dan terkoordinasi dari berbagai pihak mulai dari pemangku kebijakan, lintas program, lintas sektor, kepolisian, media massa, tenaga kesehatan, hingga masyarakat. Organisasi profesi, masyarakat dan LSM mempunyai peranan yang sangat penting dalam menge-mbangkan program pencegahan bunuh diri melalui pelayanan pencegahan, pelayanan gawat darurat dan pelayanan paska perawatan.

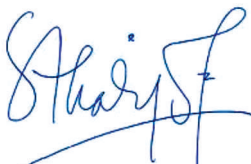
Kami menyadari bahwa **Buku Pedoman Pencegahan dan Penanganan Bunuh Diri** masih terdapat beberapa hal yang perlu disempurnakan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun akan kami terima dengan senang hati. Kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan kontribusi

dalam penyusunan buku pedoman ini, kami sampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya. Semoga pedoman ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua.

Plt. Direktur Jenderal P2P

Dr.dr. Maxi Rein Rondonuwu, DHSM, MARS

KATA PENGANTAR

Bunuh diri merupakan masalah yang cukup serius di tingkat global, regional dan nasional dimulai dari adanya risiko bunuh diri, pemikiran/ide bunuh diri, hingga tindakan bunuh diri yang sudah tentu akan menurunkan kualitas hidup seseorang. Bunuh diri juga sering dikaitkan dengan adanya gangguan jiwa seperti depresi, kecemasan yang kerap ditemui di masyarakat. Kondisi pandemi COVID-19 berkontribusi meningkatkan perasaan terisolasi dan kerentanan bunuh diri.

Perilaku bunuh diri merupakan hasil dari interaksi yang kompleks dari beragam faktor yaitu faktor biologis, genetik, psikologis, agama. sosial, budaya dan lingkungan. Kejadian bunuh diri dapat dicegah. Penurunan angka kematian akibat bunuh diri menjadi salah satu indikator Sustainable Development Goals (SDG's) yang juga tertuang dalam Rencana Aksi Kesehatan Mental WHO 2013-2020. Negara-negara anggota WHO, termasuk Indonesia telah berkomitmen untuk mengurangi angka kasus bunuh diri. Berdasarkan hal ini maka upaya nyata untuk pencegahan dan penanganan bunuh diri perlu dilakukan secara komprehensif dan berkesinambungan melibatkan berbagai pihak dan sektor baik pemerintah maupun masyarakat.

Salah satu upaya yang dilakukan Kementerian Kesehatan adalah membuat regulasi dan kebijakan yaitu dengan penyusunan **Buku Pedoman Pencegahan dan Penanganan Bunuh Diri**. Buku ini membahas tentang faktor risiko dan faktor protektif bunuh diri; promosi kesehatan jiwa, pencegahan dan deteksi dini bunuh diri; penanganan faktor risiko dan perilaku bunuh diri di fasyankes serta pengembangan program dan sistem informasi. Dengan adanya buku ini diharapkan dapat meningkatkan pemahaman pengelola program kesehatan jiwa dan tenaga kesehatan di dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota, fasilitas pelayanan kesehatan serta lintas sektor

terkait mengenai pencegahan dan penanganan bunuh diri sehingga dapat bersinergi dan berkolaborasi untuk menurunkan angka kematian yang disebabkan oleh bunuh diri di Indonesia dan mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi seluruh masyarakat Indonesia.

Jakarta,   Agustus 2021

Direktur P2 Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA,

dr. Siti Khalimah, Sp.KJ, MARS

DAFTAR ISI

BAB I
PENDAHULUAN

Mitos: "Seseorang yang bicara tentang bunuh diri, tidak betul-betul akan melakukanya"

Fakta: "Seseorang yang bicara tentang bunuh diri, mungkin saja sedang mencari pertolongan atau jalan keluar"(1)

1.1 Latar Belakang

Pada tahun 2012 secara global hampir 800 000 orang meninggal karena bunuh diri setiap tahunnya. [1] Sebanyak 76% kasus bunuh diri terjadi di negara berpenghasilan rendah menengah dan Asia Tenggara adalah wilayah dengan angka bunuh diri tertinggi dibandingkan wilayah belahan dunia lainya dengan 17.7 kasus per 100.000 penduduk. [2] Di Indonesia tahun 2016 terdapat sebanyak 8978 kasus bunuh diri atau sekitar 3.7 kasus per 100.000 penduduk. [3] Jumlah ini mengalami peningkatan 10% hanya dalam waktu 2 tahun. Terdapat peningkatan angka bunuh diri secara spesifik pada orang lanjut usia, remaja dan anak muda. Sepertiga dari jumlah total angka bunuh diri terjadi pada anak muda. Bunuh diri adalah penyebab kematian kedua pada usia 15-29 tahun dan juga penyebab kematian kedua pada perempuan usia 15-19 tahun.[1] Berdasar data *Global School Health Survey* di Indonesia tahun 2015 didapati sebanyak 5.14% siswa usia SLTA atau sederajat pernah memiliki ide bunuh diri dalam 12 bulan terakhir, 5,54% pernah merencanakan bunuh diri dan 3.86% pernah melakukan percobaan bunuh diri. [4]

---

[1] WHO. Preventing suicide: A global imperative. WHO, 2014
https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

[2] Vijayakumar L, Daly C, Arafat Y, Arensman E. Suicide prevention in the Southeast Asia region. Crisis. 2020.

[3] WHO. Suicide in the world. Global Estimates. WHO, 2019
https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948

[4] https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/GSHS_2015_Indonesia_Report_Bahasa.pdf

Kejadian bunuh diri dapat dicegah. Perilaku bunuh diri merupakan hasil dari interaksi yang kompleks dari beragam faktor; mulai dari faktor biologis, genetik, psikologis, agama. sosial, budaya sampai lingkungan. Apalagi pada tahun 2030-2040, Indonesia diprediksi akan mengalami masa bonus demografi, yakni jumlah penduduk usia produktif (berusia 15-64 tahun) lebih besar dibandingkan penduduk usia tidak produktif (berusia di bawah 15 tahun dan di atas 64 tahun). Pada periode tersebut, penduduk usia produktif diprediksi mencapai 64 persen dari total jumlah penduduk yang diproyeksikan sebesar 297 juta jiwa. Penduduk usia produktif diharapkan dapat menjadi sumber daya manusia yang unggul dan mampu berdaya saing. Oleh karenanya perlu dilakukan upaya pencegahan dan penanganan bunuh diri yang diupayakan dengan kerja sama lintas sektor yang terkoordinasi dengan baik. Penguatan sistem surveilan dan pemantauan lintas sektor akan dapat membantu pengembangan dan pelaksanaan program pencegahan dan penanganan bunuh diri. [2]

Sebagaimana diketaui tujuan no 3.4 dari *Sustainable Development Goals* adalah penurunan satu pertiga kematian prematur akibat penyakit tidak menular melalui pencegahan, tata laksana dan promosi Kesehatan mental pada tahun 2030 [5] . Menindaklanjuti hal ini, penurunan angka bunuh diri telah tertuang dalam Rencana Aksi Kesehatan Mental WHO 2013-2020 [6]. Negara-negara anggota WHO, termasuk Indonesia telah berkomitmen untuk mengurangi tingkat bunuh diri sebesar 10% pada tahun 2020. Berdasarkan hal ini dan sebagai realisasi Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa [7] maka upaya nyata untuk pencegahan dan penanangan bunuh diri perlu dilakukan secara komprehensif.

1.2 Pengertian

Terdapat 3 istilah utama terkait bunuh diri, yaitu:

1. Risiko bunuh diri adalah suatu keadaan meningkatnya tendensi untuk melakukan bunuh diri.[8]
2. Pemikiran/ide bunuh diri adalah pemikiran tentang menyakiti diri sendiri, dengan pertimbangan atau perencanaan yang disengaja tentang tehnik yang mungkin menyebabkan kematian seseorang [9]
3. Tindakan bunuh diri atau *suicidal act* adalah tindakan yang meliputi percobaan bunuh diri dan bunuh diri.[8]
   a. Percobaan bunuh diri atau *attempted suicide* adalah tindakan dengan sengaja merusak diri sendiri atau menggunakan zat (obat atau racun) dengan tujuan mengakhiri kehidupan namun tidak mengakibatkan kematian[10]
   b. Bunuh diri atau suicide atau *committed suicide* adalah tindakan merusak diri sendiri atau menggunakan zat (obat atau racun) yang mengakibatkan kematian.

1.3 Tujuan Pedoman

1. Tujuan Umum
   Memberikan panduan bagi para pemangku kepentingan terutama sektor kesehatan di tingkat pusat dan daerah untuk mencegah dan menangani bunuh diri di Indonesia.
2. Tujuan Khusus.
   a. Meningkatnya pemahaman terkait pencegahan dan penanganan bunuh diri
   b. Menjelaskan tata kelola upaya pencegahan dan penganan bunuh diri dalam sistem layanan kesehatan

---

[5] https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2013150612-FINAL-SDSN-Indicator- Report1.pdf

[6] https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/

[7] https://ipkindonesia.or.id/media/2017/12/uu-no-18-th-2014-ttg-kesehatan-jiwa.pdf

[8] https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/self-directed-violence-a.pdf

[9] The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (https://www.bappenas.go.id/files/9215/0397/6050/Siaran_Pers_-_Peer_Learning_and_Knowledge_Sharing_Workshop.pdf).

c. Menjelaskan sistem rujukan kasus tindakan bunuh diri secara berjenjang
d. Memperjelas peran tiap sektor terkait pencegahan dan penanganan bunuh diri

1.4 Landasan Hukum

1. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak yang mengalami perubahan menjadi Undang-undang nomor 35 tahun 2014, yang kemudian diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2016 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 237, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5946)
4. Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
5. Undang-Undang Nomor 8 tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas
6. Undang-Undang Nomor 11 tahun 2012 tentang Sistem Peradilan Pidana Anak
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 tahun 2016 tentang

[10] Krug, Etienne (2002). *World Report on Violence and Health (Vol. 1).* Genève: World Health Organization. hlm. 185

Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga
11. Peraturan Menteri Kesehatan No 74 2015 tentang Upaya Peningkatan Kesehatan dan Penceahan Penyakit
12. Peratruran Menteri Kesehatan No 8 tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 406/Menkes/SK/II/2009 tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 220/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Umum Tim Pembina, Tim Pengarah, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat

1.5 Ruang Lingkup

Buku ini membahas mengenai faktor risiko dan faktor proteksi, promosi kesehatan jiwa, pencegahan dan deteksi dini perilaku bunuh diri serta penatalaksanaan terjadinya kasus bunuh diri di masyarakat dan di fasilitas kesehatan dengan keterlibatan lintas sektor.

Adapun sasaran yang akan menggunakan pedoman ini adalah

a. Dinas Kesehatan Provinsi/Kab/Kota
b. Fasilitas pelayanan kesehatan (primer dan rujukan)
c. Lintas sektor terkait, yaitu organisasi perangkat daerah yang menangani atau bertanggung jawab di bidang:
   - Pendidikan dan kebudayaan
   - Sosial
   - Agama
   - Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak
   - Kepemudaan dan olahraga
   - Kependudukan dan Keluarga Berencana
   - Komunikasi dan informasi, termasuk media masa
   - Pengawasan obat dan zat kimia
   - Hukum dan HAM
   - Pertanian
   - Pekerjaan umum

BAB II
FAKTOR RISIKO DAN FAKTOR PROTEKSI BUNUH DIRI

2.1 FAKTOR RISIKO

Menurut WHO terdapat 5 kelompok faktor risiko perilaku bunuh diri. Namun demikian, pengelompokkan ini tidak bersifat mutlak dan sangat mungkin terdapat faktor-faktor lain yang belum disebut dalam daftar ini atau dikelompokkan secara berbeda. Pentingnya setiap faktor risiko amat tergantung dari konteks setiap situasi. Faktor-faktor ini dapat mempengaruhi perilaku bunuh diri secara langsung maupun secara tidak langsung dengan meningkatkan kemungkinan seseorang untuk mengalami masalah kesehatan jiwa. Perilaku bunuh diri terjadi lebih karena sebuah kompleksitas temporal dan bersifat dinamis. Oleh karena itu pembagian kelompok faktor risiko tidak bersifat eksklusif. Faktor risiko spesifik dapat saja berada pada beberapa kelompok faktor risiko yang berbeda secara simultan.

1. Faktor komunitas

   Komunitas tempat seseorang hidup memiliki hubungan yang penting dari munculnya faktor risiko bunuh diri. Faktor budaya, agama, hukum dan sejarah yang membentuk pemahaman bunuh diri dalam sebuah komunitas akan mempengaruhi faktor risiko bunuh diri yang kemudian terbentuk di dalam komunitas tersebut. Beberapa hal yang merupakan faktor risiko di komunitas/lingkungan sosial adalah:

   a. Bencana, perang dan konflik sosial

      Bencana, perang dan konflik sosial pada sebuah populasi dapat meningkatkan risiko bunuh diri pada anggota populasi karena dampak destruktif yang mempengaruhi kesejahteraan sosial, kesehatan, perumahan, pekerjaan dan kestabilan finansial. Tekanan yang disebabkan berbagai perubahan akibat harus berpindah tempat

(mengungsi) karena bencana/konflik sosial meningkatkan risiko bunuh diri, khususnya pada populasi anak muda, terutama remaja laki-laki.

b. Diskriminasi dan stigmatisasi

Diskriminasi terhadap kelompok tertentu dalam sebuah populasi merupakan hal yang bersifat endemis dan sistematis. Diskriminasi dapat menimbulkan hilangnya kebebasan serta munculnya stigmatisasi dan kekerasan. Contoh kaitan diskriminasi dan perilaku bunuh diri adalah terdapatnya angka bunuh diri yang lebih tinggi pada kelompok orang yang dipenjara, individu yang mendapatkan perundungan dan para pengungsi/imigran atau pencari suaka. Stigma merupakan masalah yang bermakna di negara-negara Asia, termasuk di Indonesia. Budaya merupakan salah satu faktor yang memperberat stigma. Hal ini menimbulkan perasaan terisolasi dan menghambat perilaku pencarian bantuan bagi individu yang memiliki fator risiko perilaku bunuh diri. (2) Hal inilah yang menyulitkan upaya surveilans untuk pencegahan dan penanganan bunuh diri.

c. Peristiwa traumatis dalam komunitas

Trauma psikologis apapun penyebabnya dapat menimbulkan depresi dan perilaku bunuh diri pada individu yang rentan. Secara khusus pada remaja yang masih bertumbuh dan berkembang, trauma psikologis yang terjadi di masa anak atau masa remajanya seperti beragam kekerasan (fisik, emosional, seksual) yang terjadi dalam diri/keluarga/komunitasnya, anak-anak yang diabaikan, mengalami perlakuan salah, perceraian/perpisahan orangtua atau anak yang diasuh oleh institusi atau panti) dapat saling terkait dan secara kumulatif meningkatkan risiko untuk memiliki masalah kesehatan jiwa dan perilaku bunuh diri.

2. Faktor lingkungan dan sosial

a. Stigma

Tabu, stigma, malu dan rasa bersalah sangat jelas terdapat pada peristiwa dan perilaku bunuh diri. Stigma seringkali membuat individu (khususnya laki-laki) yang memilki masalah kesehatan jiwa maupun yang melakukan percobaan bunuh diri untuk mencari pertolongan profesional. Stigma sosial terjadi ketika masyarakat mendukung stereotip negatif individu yang kemudian mengarah pada diskriminasi, yang muncul dalam bentuk: menolak berdekatan, tidak mengundang mereka ke perkumpulan, mengisolasi, memusuhi dan sebagainya. Stigma sosial ini akan mengarahkan pada terbentuknya stigma diri *(Self Stigma)* yakni munculnya perasaan tidak berharga ketika seseorang mendapatkan label negatif, menginternalisasi stereotip dan merasa dirinya sudah tercemar, buruk atau kotor.[11] Pada akhirnya stigma menimbulkan rasa tersiloasi dan dapat meningkatkan tekanan pada seseorang sehingga memperberat masalah Kesehatan jiwa yang dialaminya dan meningkatkan risiko bunuh diri. Stigma bahkan juga dapat menyebabkan keluarga dan teman tidak memberikan dukungan yang diperlukan atau hingga tidak menyadari situasi kesehatan jiwa atau kemungkinan bunuh diri yang ada. Adanya upaya penurunan stigma berperan penting dalam implementasi upaya pencegahan bunuh diri.

b. Akses pada alat atau fasilitas bunuh diri

Akses pada alat atau fasilitas bunuh diri merupakan faktor risiko yang besar pada kejadian bunuh diri. Akses yang pada alat atau fasilitas yang dekat dan mudah dijangkau seperti pestisida, senjata api, ketinggian, jalur

---

[11] https://www.apa.org/international/global-insights/covid-19-indonesia

kereta api, racun, obat- obatan, sumber karbon monoksida seperti asap kendaraan dan gas beracun meningkatkan risiko bunuh diri. Ketersediaan dan pilihan alat/cara bunuh diri juga bergantung pada konteks budaya dan geografis. Keakraban seseorang dengan alat/fasilitas tertentu yang dapat digunakan untuk bunuh diri juga mempengaruhi pilihan metode seseorang untuk bunuh diri.

c. Pelaporan media dan penyalahgunaan internet dan sosial media

   Pelaporan media tentang sebuah peristiwa bunuh diri yang tidak semestinya, yang dilakukan secara sensasional disertai pelaporan detil cara bunuh diri yang terjadi terlebih jika menormalisasi bunuh diri sebagai hal yang wajar terjadi pada situasi stres/krisis berpotensi meningkatkan risiko peniruan upaya bunuh diri di kalangan mereka yang rentan. Paparan terhadap "contoh" peristiwa bunuh diri telah terbukti meningkatkan risiko bunuh diri pada populasi yang rentan/memiliki faktor risiko bunuh diri. Adanya internet dan sosial media menjadikan komunikasi terkait pemberitaan bunuh diri menjadi lebih cepat dan luas. Internet saat ini adalah sumber informasi utama khususnya pada populasi anak muda. Internet dan sosial media dapat mencetuskan dan memfasilitasi perilaku bunuh diri. Siapapun dapat dengan mudah memberitakan sebuah perilaku bunuh diri tanpa sensor dan dapat dengan mudah menyebar luas.

3. Faktor sistem Kesehatan

   Perilaku bunuh diri sering disertai dengan komorbiditi, oleh karena itu akses terhadap layanan kesehatan yang efektif dan tepat waktu merupakan hal yang penting untuk mencegah bunuh diri. Namun, sistem kesehatan merupakan

sistem yang kompleks dan seringkali tidak tersedia secara memadai. Masyarakat yang memiliki literasi yang kurang baik terhadap kesehatan secara umum maupun kesehatan mental merupakan tantangan tersendiri dalam penyelenggaraan layanan kesehatan. Stigma seringkali terkait dengan upaya pencarian pertolongan dari individu yang memilki masalah kesehatan jiwa maupun yang melakukan percobaan bunuh diri.

4. Faktor Hubungan dengan orang lain *(relationship)*

   Konflik relasi, kehilangan relasi (karena kematian) atau perpisahan (perceraian atau anak yang dipindahkan) menimbulkan rasa duka dan stress psikososial. Relasi yang tidak sehat juga merupakan sebuah faktor risiko, terlebih bila terjadi kekerasan dalam relasi tersebut. Kualitas relasi terdekat seseorang dengan keluarga, teman dengan atau orang bermakna lainya dalam kehidupan bisa berdampak pada perilaku bunuh diri. Rasa terisolasi dan tidak adanya dukungan sosial muncul ketika seseorang merasa tidak terhubung dengan lingkungan sosial terdekatnya seperti pasangan, anggota keluarga, teman sebaya dan orang bermakna lainya. Rasa terisolasi menimbulkan rasa kesepian, putus asa dan depresi. Rasa terisolasi dan kesepian banyak muncul pada populasi lanjut usia, khususnya yang tinggal sendiri. Perilaku bunuh diri juga muncul sebagai respon dari tidak adanya dukungan sosial dan merupakan cermin dari tidak adanya kohesi sosial di dalam keluarga, sekolah, lingkungan sekitar rumah, komunitas / kelompok-kelompok sosial dan masyarakat secara umum.

   Keluarga

   Keluarga merupakan faktor penting yang menjadi penyebab, mulai dari kondisi sosial ekonomi keluarga yang rendah dan kurangnya kohesi dalam keluarga sehingga dukungan

dan komunikasi di dalam keluarga tidak berjalan sebagaimana mestinya. Remaja dengan situasi keluarga yang sulit memiliki faktor risiko masalah psikososial dan perkembangan lebih besar.
Adanya riwayat bunuh diri pada anggota keluarga atau komunitas terdekat seseorang dapat merupakan faktor spesifik yang memberikan pengaruh disruptif pada kehidupan seseorang karena rasa duka, hilangnya dukungan dan perubahan dinamika keluarga yang terjadi. Kehilangan seseorang yang dekat dengan kita merupakan pengalaman yang menyedihkan; selain adanya rasa duka, penyebab kematian seseorang dapat menimbulkan rasa tertekan, bersalah, malu, marah, kecemasan dan depresi pada anggota keluarganya. Kejadian bunuh diri seseorang meningkatkan risiko bunuh diri dan masalah Kesehatan jiwa lain pada anggota keluarganya.

5. Faktor individu

   Faktor individual berhubungan dengan berapa besar kemungkinan seseorang akan memiliki perilaku bunuh diri. Yang termasuk dalam faktor individu antara lain:

   a. Riwayat percobaan bunuh diri

      Riwayat percobaan bunuh diri sebelumnya sejauh ini merupakan faktor individu terkuat untuk upaya percobaan bunuh diri di kemudian hari.

   b. Masalah Kesehatan jiwa lainnya

      Masalah gangguan jiwa ditemukan pada sekitar 60% kasus bunuh diri di negara Asia. Masalah gangguan jiwa yang merupakan komorbid dari bunuh diri diantaranya adalah individu dengan gangguan mood (sebagian besar depresi dan ditemukan juga individu dengan gangguan bipolar) dan penyalahgunaan zat, khususnya alkohol serta gangguan jiwa berat (skizoph-

renia). Gangguan depresi ditemukan pada lebih dari 50% kasus bunuh diri di Indonesia. Penyalahgunaan alkohol ditermukan pada sekitar 20% kasus bunuh diri; artinya pada 20% kasus ini seharusnya tidak terjadi bunuh diri jika populasi ini tidak menggunakan alkohol. Individu yang memiliki lebih dari satu masalah kesehatan jiwa dapat memiliki risiko lebih besar untuk melakukan bunuh diri.

c. Masalah Keuangan

Peristiwa dalam hidup seperti kehilangan pekerjaan atau penghasilan atau ketidakstabilan keuangan meningkatkan risiko seseorang untuk bunuh diri maupun risiko masalah kesehatan jiwa lainnya seperti depresi, gangguan cemas, kekerasan dan penyalahgunaan alkohol. Oleh karena itu resesi ekonomi yang terjadi pada sebuah komunitas dapat meningkatkan risiko perilaku bunuh diri pada individunya.

d. Rasa tidak berdaya

Rasa ketidak berdayaan sebagai aspek kognitif dari fungsi psikologi seseorang merupakan indikator perilaku bunuh diri jika terdapat masalah kesehatan jiwa lainnya atau riwayat percobaan bunuh diri sebelumnya. Tiga aspek dari ketidak berdayaan berhubungan dengan perasaan seseorang tentang masa depan, kehilangan motivasi dan harapan. Ketidakberdayaan dapat tercermin dari kalimat-kalimat seperti "keadaan tidak akan bertambah baik" dan sebagian besar kasus disertai dengan depresi.

Ketidakberdayaan pada populasi remaja kerap ditemukan bersamaan dengan kualitas relasi dengan orangtua yang kurang baik.

e. Penyakit atau rasa sakit yang berkepanjangan (kronis)

Bunuh diri ditermukan 2-3 kali lebih tinggi pada populasi dengan penyakit kronis dibandingkan pada populasi umum. Penyakit kronis yang dimaksud di sini adalah semua penyakit yang berhubungan dengan rasa nyeri, disabilitas fisik, gangguan perkembangan neurologis, termasuk penyakit kanker, diabetes dan HIV/AIDS.(1)

f. Faktor genetik dan biologis

Faktor genetik, biologis atau perubahan perkembangan pada sistem neuro-biologis mempengaruhi perilaku bunuh diri. Salah satu contoh adalah rendahnya kadar serotonin (hormon yang memberi perasaan nyaman dan senang) berhubungan dengan percobaan bunuh diri yang serius pada pasien dengan gangguan mood, skizofrenia dan gangguan kepribadian. Riwayat keluarga merupakan salah satu faktor risiko bunuh diri, juga dapat dikaitkan dengan adanya faktor biologis yang diturunkan secara genetik.

Tabel 2.1. Faktor Risiko bunuh diri

Faktor Komunitas	Faktor Lingkungan dan Sosial	Faktor Sistem Kesehatan	Faktor Hubungan dengan orang lain	Faktor Individu
• Bencana / perang / konflik sosial • Pengungsian dengan penyesuaian budaya dan lokasi yang berbeda • Diskriminasi • Trauma atau perundungan	• Akses terhadap alat / fasilitas yang dapat dipakai untuk bunuh diri • Pelaporan kejadian bunuh diri oleh media dengan cara yang tidak tepat • Stigma terhadap upaya pencarian pertolongan	• Hambatan untuk menjangkau fasilitas Kesehatan • Keterbatasan Kapasitas sistem kesehatan untuk mengenali faktor risiko, mencegah dan menangani kasus bunuh diri	• Merasa terisolasi • Tidak / kurang memiliki dukungan sosial • Kehilangan relasi terdekat • Konflik dalam relasi	• Masalah Kesehatan jiwa • Penggunaan alkohol • Kehilangan pekerjaan / kesulitan keuangan • Ketidakberdayaan • Rasa sakit kronis • Riwayat percobaan bunuh diri sebelumnya • Riwayat keluarga dengan bunuh diri • Faktor genetik dan biologis

2.2 Faktor Proteksi

Faktor proteksi adalah faktor yang melindungi seseorang dari perilaku bunuh diri. Dalam upaya pencegahan bunuh diri, intervensi untuk memperkuat faktor proteksi sama pentingnya dengan intervensi untuk mengurangi faktor risiko. Faktor pelindung ini meningkatkan daya tahan diri/komunitas dan rasa terhubung dengan lingkungan terdekat (connectedness) yang dapat mencegah perilaku bunuh diri. Beberapa faktor pelindung memberikan perlindungan individu pada beberapa faktor risiko yang spesifik. Seperti halnya faktor risiko, faktor proteksi perilaku bunuh diri juga melibatkan interaksi berbagai faktor, mulai dari faktor relasi dengan lingkungan terdekat, faktor sosial budaya termasuk agama dan kepercayaan, serta faktor individu.

1. Relasi personal yang sehat dan kuat

   Lingkaran terdekat seseorang: pasangan, keluarga, teman - memiliki pengaruh paling besar dan dapat menjadi sumber dukungan sosial, emosional dan finansial, khususnya di masa-masa yang sulit. Individu yang memiliki relasi yang sehat dengan lingkungan terdekat umunya memiliki tujuan hidup, rasa aman dan rasa terhubung yang baik. Secara khusus, daya tahan yang diperoleh dari relasi personal yang sehat dapat memulihkan trauma masa anak-anak. Relasi personal yang sehat juga bersifat protektif pada remaja dan orang lanjut usia yang memiliki tingkat ketergantungan yang tinggi. Relasi romantis, yang umumnya mulai terjadi di masa remaja, secara simultan menjadi faktor proteksi, tetapi ketika bersifat mengekang atau ada kekerasan maka menjadi faktor risiko.

   Keluarga - Orangtua
   Keluarga adalah penyedia struktur primer yang seharusnya dapat menjadi faktor proteksi utama untuk

pertumbuhan, perkembangan dan kesejahteraan anak dari lahir hingga remaja. Secara khusus relasi dengan orangtua ternyata tetap memiliki pengaruh yang besar pada kesejahteraan remaja, meskipun peran relasi dengan teman sebaya meningkat. Kemampuan parenting orangtua yang juga harus berubah seiring dengan perubahan dan perkembangan anak merupakan salah satu penentu pentingkesejahteraan anak dan remaja.

2. Agama dan kepercayaan

   Semua agama menekankan bahwa bunuh diri adalah dosa dan harus dihindari oleh umat agama. Keyakinan itu sendiri merupakan faktor protektif karena keyakinan membangun struktur sistem kepercayaan dan dapat memberikan dorongan akan perilaku yang menguntungkan kesehatan jiwa. Namun demikan banyak keyakinan dan budaya berbasis agama (harus dibedakan antara keyakinan agama dan keyakinan berbasis budaya) yang berkontribusi pada stigma terkait bunuh diri yang dapat membuat seseorang tidak mencari bantuan professional. Faktor protektif dari agama dan spiritualitas didapat dari adanya kohesi sosial dan dukungan komunitas dengan pemahaman nilai tertentu yang sama. Banyak kelompok berbasis keagamaan yang juga melarang perilaku yang menjadi faktor risiko bunuh diri, seperti konsumsi alkohol. Peran agama dan nilai spiritual dalam memberikan perlindungan terhadap perilaku bunuh diri bergantung pada konteks budaya dan interpretasi akan nilai yang diyakini.

3. Ketahanan diri dan gaya hidup sehat

   Ketahanan diri atau sering disebut resiliens untuk mengatasi tantangan kehidupan merupakan faktor protektif yang melindungi seseorang dari perilaku bunuh

diri. Kesejahteraan dibentuk sebagian oleh ciri-ciri kepribadian yang menentukan ketahanan seseorang terhadap stres dan trauma. Stabilitas emosional, pandangan optimis dan identitas diri yang berkembang membantu dalam mengatasi kesulitan hidup. Harga diri *(self-esteem)*, keyakinan diri, *self-efficacy* dan keterampilan pemecahan masalah yang efektif, yang mencakup kemampuan untuk mencari bantuan bila diperlukan, termasuk untuk mencari pertolongan profesional ketika ada masalah kesehatan jiwa dapat mengurangi risiko bunuh diri. Pilihan gaya hidup sehat mempromosikan kesejahteraan jiwa dan fisik. Gaya hidup sehat ini termasuk olahraga teratur, tidur cukup, makanan yang sehat, tidak menggunakan alkohol maupun obat-obatan lainya, hubungan dan kontak sosial yang sehat, serta manajemen stres yang efektif. Penggunaan "pendekatan hulu" seperti mengatasi faktor risiko dan perlindungan di awal kehidupan memiliki potensi untuk mendapatkan hasil yang lebih adaptif dari waktu ke waktu. Selain itu, pendekatan hulu dapat secara bersamaan berdampak pada berbagai hasil kesehatan dan sosial seperti bunuh diri, penyalahgunaan zat, kekerasan dan kejahatan. Dalam konteks siklus hidup, intervensi penerapan gaya hidup sehat dan penguasaan strategi coping yang baik pada remaja memiliki dampak tidak saja pada kesejahteraan remaja saat ini, tapi juga kesejahteraan masa dewasanya kelak dan kesejahteraan generasi berikutnya.

Dari uraian faktor risiko dan faktor proteksi yang beragam di atas, maka tidak ada satu upaya pencegahan bunuh diri yang lebih unggul dari upaya yang lainya. Kombinasi dari semua strategi yang berbasis bukti pada level individu dan level populasi perlu ditelaah untuk dilakukan. Intervensi multilevel telah diusulkan sebagai intervensi yang memberi potensi sinergis. Contoh potensi sinergis adalah tenaga kesehatan

dapat lebih termotivasi untuk mengikuti pelatihan terkait kesehatan jiwa dan bunuh diri ketika kampanye publik untuk menghilangkan stigma dilakukan dengan baik, sehingga banyak orang yang mau datang untuk memeriksakan dirinya terkait masalah gangguan jiwa dan ide bunuh diri.

*Faktor Individu

*Faktor Individu	
Faktor Risiko	Faktor Proteksi
Genetik, riwayat gangguan jiwa, Penggunaan alkohol, rasa sakit kronis, riwayat percobaan bunuh diri, kesulitan keuangan, rasa tidak berdaya/terisolasi	Ketahanan diri, Gaya hidup sehat, agama dan kepercayaan

Gambar 2. Faktor Risiko dan Faktor Proteksi Bunuh Diri dalam kerangka Bronfenbrenner

Penjelasan Teori Sistem Ekologi dari Bronfenbrenner (1998) pada faktor risiko dan faktor pelindung bunuh diri:

Berdasarkan teori ini, faktor risiko dan pelindung bunuh diri ada mulai dari makrosistem (faktor komunitas dan lingkungan sosial), faktor mesositem (faktor relasi) dan faktor individu. (mikrosistem) yang saling terangkai dalam kronosistem (sistem waktu). Semua sistem ini saling berkaitan, saling berinteraksi dan saling mempengaruhi satu sama lain secara kompleks.

RESUME

- Bunuh diri adalah kejadian yang merupakan hasil interaksi yang kompleks dari beragam faktor risiko dan faktor pelindung mulai dari makrosistem, mesosistem dan mikrosistem
- Faktor risiko terdiri atas 5 kelompok faktor yaitu faktor komunitas, faktor lingkungan sosial, faktor relasi, khususnya dengan orang-orang terdekat (keluarga, teman, pasangan) serta beragam faktor individu
- Faktor pelindung secara umum terdiri atas juga terdiri atas faktor relasi, khususnya dengan orang-orang terdekat, faktor agama dan kepercayaan serta faktor ketahanan diri (resilience) dan gaya hidup seseorang.

BAB III
PROMOSI KESEHATAN JIWA, PENCEGAHAN DAN DETEKSI DINI BUNUH DIRI

Mitos : Membicarakan bunuh diri akan mendorong seseorang melakukan perilaku bunuh diri

Fakta : Karena stigma terhadap perilaku bunuh diri yang besar di masyarakat, kebanyakan orang yang memikirkan tentang bunuh diri tidak tahu siapa yang harus diajak bicara. Mendorong individu dengan perilaku bunuh diri, berbicara secara terbuka dapat memberikan pilihan lain atau waktu untuk memikirkan kembali keputusannya dan mencegah bunuh diri

Promosi kesehatan jiwa, pencegahan dan deteksi bunuh diri secara umum dibagi menjadi 3 bagian, yaitu: 1) upaya di sektor kesehatan 2) pembatasan alat dan fasilitas yang dapat digunakan untuk bunuh diri, dan 3) pengelolaan media masa dalam pelaporan kasus (percobaan) bunuh diri.

3.1 Upaya di sektor kesehatan

Promosi kesehatan jiwa, pencegahan dan deteksi bunuh diri di sektor kesehatan mencakup 2 jenis kegiatan, yaitu: kegiatan di tingkat komunitas dan kegiatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

3.1.1 Program promosi kesehatan jiwa, pencegahan dan deteksi dini bunuh diri berbasis komunitas

Tujuan dari program berbasis masyarakat yang direkome-ndasikan WHO adalah untuk memperkuat respon sistem kesehatan dan sistem sosial terhadap perilaku bunuh diri melalui beragam upaya untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang kesehatan jiwa dan bunuh diri, mengurangi dan menghilangkan stigma tentang gangguan jiwa dan bunuh diri dan meningkatkan partisipasi masyarakat untuk mengenali faktor risiko yang ada di masyarakat dan mencegah adanya faktor risiko dalam masyarakat serta mengenali tanda dan gejala awal perilaku bunuh diri dan melakukan perujukan ke fasilitas layanan kesehatan.

Program berbasis masyarakat mulai dari 1) Komunikasi, Informasi dan Edukasi pada masyarakat terkait kesehatan jiwa dan perilaku bunuh diri untuk menghilangkan stigma dan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pengenalan risiko, deteksi dini dan perujukan melalui beragam materi edukasi, kegiatan pada populasi spesifik dan 2) berbagai kegiatan berbasis masyarakat yang berpotensi untuk melakukan promosi kesehatan jiwa, pencegahan dan deteksi dini bunuh diri melalui sistem pelayanan kesehatan Tahapan pengembangan program promosi kesehatan jiwa, pencegahan dan deteksi dini bunuh diri berbasis komunitas

1. Identifikasi.

   Terdapat beragam hal yang perlu dilakukan identifikasi untuk dapat melakukan upaya promosi kesehatan jiwa, pencegahan dan deteksi dini bunuh diri secara tepat informasi dan tepat sasaran, yaitu identifikasi pemahaman spesifik terkait kesehatan jiwa dan perilaku bunuh diri serta stigma yang menyertainya, identifikasi kelompok berisiko serta identifikasi sumber daya.

   a. **Identifikasi pemahaman spesifik** masyarakat setempat tentang pengelolaan emosi, tentang masalah psikososial, tentang kesehatan jiwa, perilaku bunuh diri serta stigma yang ada agar dapat melakukan promosi dengan pesan yang spesifik. Pesan yang spesifik bagi setiap populasi lebih efektif daripada pesan yang bersifat umum.

Table 3.1 Contoh Identifikasi Pemahaman Spesifik

Pemahaman spesifik	Pesan yang perlu dipromosikan
Tindakan bunuh diri adalah tanda seseorang kurang beriman	Perilaku bunuh diri disebabkan oleh banyak hal yang saling berinteraksi secara kompleks
Depresi artinya orang tersebut mentalnya lemah	Seperti halnya penyakit fisik, depresi dapat terjadi pada siapa saja. Depresi adalah tanda bahwa seseorang memerlukan bantuan profesional Kesehatan jiwa.
Anak laki-laki tidak boleh menangis, tidak boleh lemah	Ekspresi emosi (menangis, marah, tertawa dan sebagainya) tidak memiliki jenis kelamin, Semua ekspresi emosi boleh dilakukan oleh laki-laki maupun perempuan. Yang harus dipastikan adalah bagaimana agar ekspresi emosi dilakukan secara sehat
Berobat ke psikolog atau ke psikiater artinya kita punya gangguan jiwa	Berobat ke psikolog atau ke psikiater sama dengan berobat ke dokter secara umum. Jiwa kita perlu dirawat, seperti halnya tubuh kita.

b. **Identifikasi faktor-faktor risiko yang ada dalam masyarakat** yang perlu dikelola untuk mengurangi faktor risiko yang bersumber dari masyarakat, seperti adanya tindak diskriminasi pada kelompok tertentu dalam masyarakat, konflik sosial atau tindakan masyarakat yang dapat menimbulkan dampak traumatis pada seseorang, termasuk pencegahan kekerasan verbal/fisik/seksual pada masyarakat. Identifikasi faktor risiko ini dapat juga dilakukan melalui data surveilans bunuh diri jika tersedia. Contoh tindakan diskriminatif antara lain adalah:

- Konsep mayoritas dan minoritas dalam berbagai konteks yang diikuti dengan perbedaan perlakuan
- Dukungan yang tidak memadai bagi penyandang disabilitas

c. **Identifikasi kelompok - kelompok berisiko** yang ada

di suatu wilayah kerja puskesmas, seperti populasi dengan gangguan jiwa atau riwayat bunuh diri, populasi yang melakukan bunuh diri berdasarkan data setempat, kelompok anak jalanan, anak dan remaja dengan disabilitas, populasi lanjut usia yang terisolasi, dan sebagainya. Hal yang dapat dilakukan bagi kelompok-kelompok berisiko untuk mengurangi stigma dan meningkatkan kesehatan jiwa kelompok tersebut:

Tabel 3.2 Identifikasi Kelompok Berisiko

Kelompok masyarakat	Hal yang dapat dilakukan
Remaja dan Lansia	- Menciptakan kegiatan-kegiatan positif komunal untuk remaja/lansia - Melibatkan remaja/lansia dalam berbagai kegiatan kemasyarakatan seperti menjadi kader berbagai posyandu - Memastikan program untuk remaja/lansia di sekolah dan di komunitas berjalan dengan baik - Membentuk kelompok pendukung untuk membantu orangtua remaja memiliki dukungan bagi kemampuan mengelola diri sendiri dan kemampuan parenting, seperti kelompok Bina Keluarga Remaja, dukungan bagi orangtua melalui sekolah atau posyandu remaja, atau kelompok/upaya dukungan orangtua yan dikelola lembaga masyarakat
Penyandang disabilitas	- Memastikan adanya dukungan layanan dan fasilitas publik bagi penyandang berbagai disablitas, seperti ketersediaan fasilitas pejalan kaki yang aman bagi penyandang cacat fisik, dokumen publik dengan huruf braile, penterjemah bahasa isyarat, dan lain-lain - Memastikan penyandang disabilitas dapat bekerja dalam berbagai sektor pekerjaan
Penyandang penyakit kronis, termasuk mereka yang dengan ODMK dan ODGJ	- Memastikan populasi ini dapat menggunakan fasilitas jaminan kesehatan - Memastikan dukungan sosial bagi penyandang penyakit kronis - Identifikasi dan dukungan bagi beragam kelompok pendukung spesik, seperti populasi pendukung down syndrome, populasi penderita kanker dan sebagainya - Promosi dan upaya agar penyandang penyakit kronis yang masih dapat melakukan kegiatan produktif memiliki aktivitas bermakna dan produktif

Individu dengan riwayat percobaan bunuh diri dan keluarga dari invidu dengan Tindakan bunuh diri	- Pengembangan sistem survailans untuk menjangkau penyintas percobaan dan tindakan bunuh diri - Dukungan kuratif dan rehabilitatif bagi para penyintas baik individu dengan riwayat percobaan bunuh diri maupun keluarga/kerabat dekat dari individu dengan tindakan bunuh diri
Penghuni Lembaga pemasyarakatan (lapas)	- Identifikasi lapas dalam linkungan sekitar dan lembaga yang dapat melakukan kerjasama dengan lapas - Upaya kerjasama pelibatan masyarakat dalam kegiatan lapas - Memastikan keamangan dan bantuan untuk mantan narapidana dapat bekerja dan aktif bermasyarakat

d. **Identifikasi sumber daya lintas sektor** yang terkait dengan faktor risiko dan faktor proteksi perilaku bunuh diri, seperti organisasi yang ada di masyarakat, organisasi profesi, organisasi keagamaan, organisasi non pemerintah yang bergerak pada populasi anak-remaja dan lansia dan kelompok berisiko lainnya beserta program-program kemasyarakatan yang mereka miliki, populasi penyintas masalah kesehatan jiwa/penyintas perilaku bunuh diri, layanan kesehatan remaja dan lansia yang ada, posyandu remaja, posbindu, media masa lokal (koran, radio lokal), program Upaya Kesehatan Sekolah, pusat konseling di perguruan tinggi, kegiatan PAUD, posyandu balita dan sebagainya.

2. Penyusunan perencanaan program promosi kesehatan jiwa dan pencegahan dan deteksi dini bunuh diri di tingkat masyarakat secara terinci, meliputi jenis kegiatan promosi, pencegahan dan deteksi dini yang akan dilakukan, sasaran yang dituju dan metode pelaksanaan kegiatan disertai dengan penanggung jawab masing-masing kegiatan, waktu dilaksanakannya kegiatan-kegiatan tersebut, serta upaya pencatatan, pemantauan dan evaluasi yang perlu dilakukan.

3. Persiapan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia

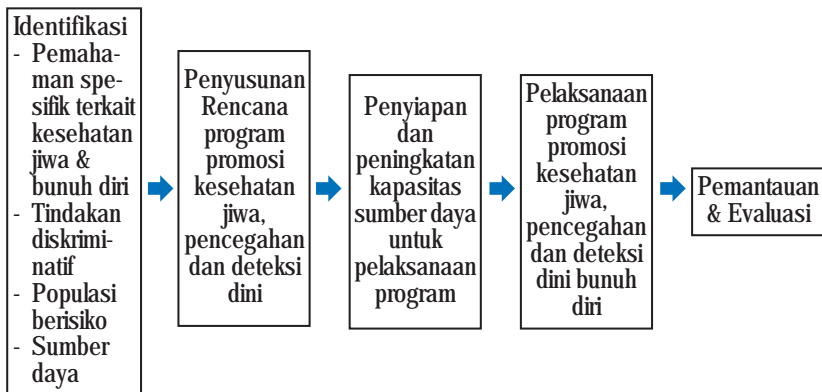
untuk pelaksanaan program promotif, preventis dan deteksi dini bunuh diri berupa:

a. Melakukan pendekatan dan pelibatan kepada pihak-pihak yang diperlukan untuk menyampaikan atau melakukan program yang telah disusun, termasuk kepada semua organisasi masyarakat, organisasi profesi, organisasi non pemerintah yang bergerak pada populasi remaja dan lansia dan kelompok berisiko lainnya serta organisasi yang bergerak di bidang kesehatan jiwa untuk dapat berpartisipasi aktif dalam berbagai upaya promosi kesehatan jiwa, deteksi dini dan pencegahan bunuh diri bagi masyarakat/populasi spesifik yang dilayani.

b. Menyiapkan semua sarana dan pra-sarana termasuk materi-materi edukasi yang diperlukan

c. Melakukan peningkatan kapasitas kepada beragam sumber daya yang ada di masyarakat maupun di dalam sistem pelayanan kesehatan (tenaga dan fasilitas pelayanan kesehatan).

4. Pelaksanaan program promosi kesehatan jiwa, pencegahan dan deteksi dini bunuh diri.

5. Pemantauan dan evaluasi terhadap pelaksanaan perencanaan program promosi kesehatan jiwa, pencegahan dan deteksi dini bunuh diri

Gambar 3.1 Alur upaya promosi kesehatan jiwa, pencegahan dan deteksi dini bunuh diri di tingkat masyarakat

Kegiatan berbasis masyarakat yang dapat digunakan untuk upaya promosi kesehatan jiwa, pencegahan dan deteksi dini bunuh diri:

1. Upaya Kesehatan Sekolah

   Remaja di sekolah memiliki program spesifik yaitu Upaya Kesehatan Sekolah (UKS). Upaya ini memiliki 3 program utama yang dikenal sebagai UKS *trias*, yaitu: pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembentukan lingkungan sekolah yang sehat. Promosi kesehatan jiwa dan pencegahan serta deteksi dini gangguan kesehatan jiwa berada di program pendidikan dan pelayanan kesehatan.

   a. Pendidikan Kesehatan

      Pendidikan Kesehatan bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan Kesehatan bagi siswa dan Pembina/guru. Materi terkait Kesehatan jiwa yang dapat disampaikan antara lain:
      - Pemahaman tentang kesehatan jiwa, termasuk adiksi dan penyalahgunaan zat.

- Mengenali depresi dan tanda awal pemikiran bunuh diri pada diri sendiri dan teman
- Pemahaman tentang stigma
- Ketrampilan hidup dan strategi coping yang adaptif
- Pelatihan dukungan psikologis awal
- Kapan dan bagaimana mencari pertolongan terkait kesehatan jiwa

Materi terkait Kesehatan jiwa dilakukan dengan menggunakan modul pelatihan Pencegahan Dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa Anak Dan Remaja Melalui Peningkatan Keterampilan Kecakapan Hidup *(Life Skills)* dan Petunjuk Pelaksanaan Kesehatan Jiwa di Sekolah dengan melakukan integrasi ke dalam kurikulum sekolah.

b. Pelayanan Kesehatan:

Pelayanan Kesehatan terkait dengan pencegahan dan deteksi dini masalah Kesehatan jiwa adalah Penggunaan formulir *Strength and Difficulty Questionnaire* (SDQ) yang perlu dilakukan secara rutin setidaknya 1 (satu) kali per tahun pada setiap siswa, khususnya siswa SMP dan SMA. Hasil dari skrining kesehatan dicatat pada buku rapor kesehatanku yang dimiliki setiap siswa. Selain itu untuk para pembina dan guru di sekolah dilakukan juga deteksi dini masalah Kesehatan jiwa menggunakan *Symptom Check List* (SCL) 90.
UKS perlu dipastikan ada di setiap sekolah termasuk madrasah dan pesantren atau sekolah berasrama lainnya

2. Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-Remaja)
Pusat Informasi dan Konseling Remaja atau yang lebih dikenal dengan PIK-Remaja adalah suatu wadah kegiatan PKBR (Pusat Penyiapan Kehidupan Berkeluarga Bagi Remaja) yang dikelola dari, oleh dan untuk remaja guna memberikan pelayanan informasi dan konseling tentang

perencanaan kehidupan berkeluarga bagi Remaja serta kegiatan- kegiatan penunjang lainnya. PIK Remaja sendiri merupakan bagian dari PIK-KRR (Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja) yang kemudian oleh BKKBN dibagi menjadi dua yaitu: Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK Remaja) dan Pusat Informasi dan Konseling Mahasiswa (PIK Mahasiswa). Kegiatan yang diselenggarakan PIK-Remaja antara lain adalah memberikan informasi PKBR, pendewasaan usia perkawianan, Keterampilan Hidup *(Life Skills)*, pelayanan konseling dan rujukan PKBR. Disamping itu, juga dikembangkan kegiatan-kegiatan lain yang khas dan sesuai minat dan kebutuhan remaja untuk mencapai Tegar Remaja dalam rangka tegar Keluarga guna mewujudkan Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera yang tentunya terkait erat dengan upaya promosi kesehatan jiwa secara keseluruhan yang juga turut membantu pencegahan perilaku bunuh diri. Upaya deteksi dini gangguan kesehatan jiwa belum secara spesifik disebut dalam panduan layanan PIK-Remaja, hal ini seyogyanya dapat dilakukan dengan melatih dan mengembangkan sistem layanan deteksi dini gangguan jiwa dengan menggunakan alat skrining seperti SRQ 20.

3. Posyandu remaja

   Terdapat 3 aktivitas terkait deteksi dini gangguan kesehatan jiwa di posyandu remaja:

   1. Pelayanan meja 1: dilakukan skrining kesehatan jiwa menggunakan PSC 17 dan penilaian faktor psikososial
   2. Pelayanan meja 4: hasil skrining disampaikan pada pelayanan meja 4 disertai konseling yang diperlukan oleh staf PKPR yang membatu di posyandu remaja
   3. Pelayanan meja 5: aktivitas meja 5 bervariasi dan berbeda setiap posyandu remaja dan juga berbeda

setiap bulannya. Beberapa aktivitas meja 5 yang sudah diselenggarakan umumnya terkait dengan kesehatan jiwa remaja, diantaranya adalah menonton film bersama membahas hal-hal terkait Kesehatan jiwa remaja, mengundang Badan Narkotika Nasional untuk sosialisasi terkait adiksi zat, mengerjakan aktivitas yang bersifat rekreatif atau meningkatkan kapasitas diri dari remaja yang tentunya bermanfaat bagi peningkatan ketahanan diri remaja. Pertolongan psikologis awal dapat dilatihkan kepada remaja di posyandu sebagai salah satu aktvitas meja 5.

4. Program Dukungan bagi Orangtua Remaja

   Kehidupan seorang anak bertambah luas ketika masuk usia remaja, namun demikian, orangtua masih memegang peranan besar sebagai faktor pelindung yang pengaruhnya tetap besar pada kesehatan dan kesejahteraan remaja. Pubertas dan perkembangan otak remaja membuat cara pengasuhan dari orangtua perlu ikut berubah dan beradaptasi. Orangtua memerlukan cara pendekatan yang berbeda dan pemahaman akan banyak hal yang dekat dengan dunia remaja seperti tentang seksualis, *consent*, sikap asertif, kemandirian, kemampuan pengambilan keputusan dan sebagainya. Selain itu, orangtua juga perlu punya kemampuan untuk mengelola diri dan kehidupan keluarga yang baik. Remaja yang dengan situasi keluarga yang sulit memiliki faktor risiko masalah psikososial dan perkembangan remaja. Oleh karena itu, program dukungan bagi orangtua remaja sangat strategis untuk pencegahan beragam masalah pada remaja, termasuk salah satunya masalah Kesehatan jiwa dan perilaku bunuh diri serta bagaimana dukungan psikologis awal yang dapat dilakukan orangtua. Hingga saat ini program dukungan bagi orangtua remaja yang telah tersedia adalah program Bina Keluarga Remaja dari BKKBN. Program lain yang potensial untuk

mengembangkan dukungan bagi orangtua remaja adalah melalui program UKS dan posyandu remaja yang melibatkan orangtua remaja

5. Pos binaan terpadu

   Di dalam Pedoman Umum Pelaksanaan Pos Pembinaan Terpadu (posbindu) Penyakit Tidak Menular Kementerian Kesehatan RI, 2014, masalah Kesehatan jiwa belum dibahas secara spesifik, namun tertulis faktor risiko perilaku seperti perilaku adiksi (rokok dan alkohol) serta stress sebagai salah satu faktor risiko penyakit tidak menular (penyakit jantung, diabetes melitus, hipertensi, obesitas dan kanker) yang menjadi pokok bahasan di posbindu. Pengembangan evaluasi masalah psikososial, deteksi dini dan perujukan untuk konseling Kesehatan jiwa sangat mungkin dan perlu dikembangkan dalam pelaksanaan posbindu khususnya pada populasi berisiko seperti remaja dan dewasa muda (15- 29 tahun) yang merupakan kelompok dengan angka bunuh diri tertinggi serta populasi lansia. Salah satu contoh praktik baik yang dilakukan Provinsi Lampung adalah menambahkan layanan kesehatan jiwa sebagai layanan di meja ke 6 dengan menggunakan SRQ 20 sebagai alat deteksi dini masalah kesehatan jiwa pada dewasa di posbindu.

6. Program pemberdayaan lansia di masyarakat

   Program pemberdayaan lansia di masyarakat antara lain melalui Program posyandu lansia terdekat. Program posyandu lansia perlu dipastikan mencakup upaya promotif, preventif dan deteksi dini masalah kesehatan jiwa pada lansia. Berdasarkan layanan 5 meja yang ada di Pedoman Pelaksanaan Posyandu Lanjut Usia oleh Komisi Lanjut Usia 2010, maka layanan deteksi dini gangguan jiwa dapat dikerjakan di meja 2 dan layanan promotif serta preventif kesehatan jiwa dapat diberikan di meja 5. Pelibatan lansia

pada kegiatan- kegiatan komunitas yang bermakna. Program pemberdayaan lansia bagi keluarga dapat dilakukan sesuai dengan pedoman dari Kementerian Kesehatan. Perlu dikembangkan juga program pemberdayaan lansia yang berada di panti.

7. Organisasi masyarakat untuk pencegahan bunuh diri Indonesia telah memiliki organisasi yang khusus dibentuk untuk pencegahan bunuh diri, yaitu *Into The Light. Into the Light* (ITL) Indonesia adalah sebuah komunitas berbasis orang muda dengan fokus sebagai pusat advokasi, kajian dan edukasi pencegahan bunuh diri dan Kesehatan jiwa di Indonesia. *Into The Light* Indonesia telah banyak melakukan kerjasama dengan berbagai universitas, komunitas lokal, organisasi kemasyarakatan,kementerian, dan juga organisasi lainnya di tingkat nasional dan internasional yang memiliki perhatian dan kepedulian yang sama. Informasi lengkap tentang kegiatan ITL dapat dilihat di website www.intothelightid.org. Selain itu juga ada beberapa lembaga swadaya masyarakat lain yang peduli pada kesehatan jiwa yang secara tidak langsung juga melakukan upaya pencegahan bunuh diri seperti Bipolar Care, Mother Hope, KPSI, dll.

8. Aplikasi sehat jiwa

   Di dalam aplikasi sehat jiwa telah ada informasi dan materi edukasi kesehatan jiwa yang dapat langsung diakses dengan mudah secara digital oleh masyarakat luas. Alat deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan konsultasi kejiwaan melalui chat juga tersedia dan dapat digunakan dengan mudah.

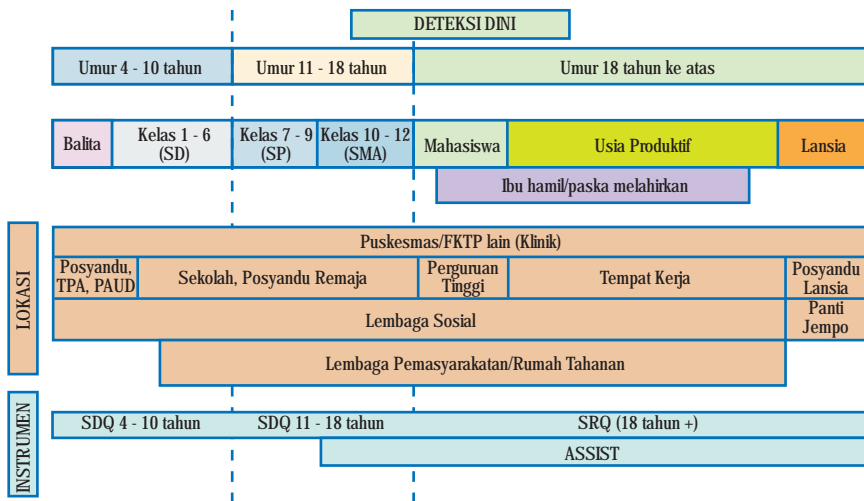
Secara ringkas, berikut adalah beragam program di sektor kesehatan untuk upaya promosi, pencegahan dan deteksi dini masalah kesehatan jiwa di masyarakat bekerja sama dengan lintas sektor/dinas terkait (Tabel 3.1)

Tabel 3.1 Program Promosi, Pencegahan dan Deteksi Dini Masalah Kesehatan Jiwa di Masyarakat

Populasi Spesisfik	Program	Deteksi Dini	Penanggung jawab
Remaja	- UKS - Posyandu remaja - Dukungan bagi orang tua remaja	- SDQ - PSC 17 - SCL atau SRQ 20 (untuk guru dan orangtua)	- Dinas Kesehatan - Dinas Pendidikan - Puskesmas - Sekolah
Lansia	- Posyandu lansia - Pemberdayaan lansia	SRQ 20	- Dinas Kesehatan - Dinas Sosial - Puskesmas
Penyandang disabilitas dan penyakit kronis, termasuk ODMK dan ODGJ	- Posbindu - Pengembangan komunitas pendukung	- SDQ - SRQ 20	- Dinas Kesehatan - Dinas Pendidikan - Dinas Sosial - Puskesmas - Sekolah
Populasi Lembaga pemasyarakatan	- Upaya promosi dan psikoedukasi kesehatan jiwa - Program dukungan pasca lapas	- SDQ - SRQ 20	- Dinas Kesehatan - Dinas Sosial - Kanwil Hukum dan HAM - Lapas/Rutan /LPKA

Selain beragam program di sektor kesehatan, terdapat juga Program-program terkait kesejateraan anak dan remaja di luar sektor kesehatan yang perlu dipastikan bekerjasama dengan sektor kesehatan untuk melakukan upaya promotif, pencegahan dan deteksi dini masalah kesehatan jiwa, diantaranya yaitu:

1. Program Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak:
   - Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TPA)
   - Pusat Pembelajaran Keluarga (Puspaga)
2. Program dari Kementerian Sosial:
   - Komunitas Peduli Anak (KOMPAK)
   - Balai rehabilitasi sosial untuk anak dan remaja (dari Kementerian Sosial)
   - Karang Taruna

Bagan Deteksi Dini Masalah Kesehatan Jiwa dan Bunuh Diri di Tingkat Masyarakat

3.1.2 Upaya promosi kesehatan jiwa, pencegahan dan deteksi dini bunuh diri di fasilitas pelayanan kesehatan

Upaya promosi kesehatan jiwa, pencegahan dan deteksi dini bunuh diri di fasilitas pelayanan kesehatan meliputi:

a. Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE)
b. Pengenalan faktor risiko bunuh diri
c. Pengembangan pusat krisis dan layanan berbasis online

Komunikasi, informasi dan edukasi mengenai kesehatan jiwa dapat diberikan kepada pasien, keluarga pasien atau masyarakat di sekitar fasilitas pelayanan kesehatan Upaya promosi kesehatan jiwa, pencegahan dan deteksi dini bunuh diri di fasilitas pelayanan kesehatan tidak hanya dilakukan di pelayanan kesehatan jiwa tetapi juga bisa terintegrasi dengan upaya promotif dan preventif program kesehatan lainnya seperti program kesehatan remaja peduli remaja, kesehatan lansia, kesehatan ibu, penyakit menular (TBC, HIV, dll) dan penyakit tidak menular.

Pengenalan Faktor Risiko Bunuh Diri Di Fasilitas Kesehatan

1. Melakukan penapisan faktor risiko bunuh diri pada populasi spesifik, yaitu

   a. Pasien dengan disabilitas atau penyakit kronis, termasuk HIV/AIDS, onkologi, perawatan paliatif, nyeri kronis
   b. Penyalahgunaan zat (napza, alkohol); termasuk pasien dengan riwayat intoksikasi zat
   c. Pasien dengan riwayat gangguan psikiatri sebelumnya (ODMK dan ODGJ)
   d. Pasien dengan riwayat percobaan bunuh diri sebelumnya
   e. Pasien dengan kejadian bermakna dalam hidupnya: konflik dengan orang terdekat, (pacar, orangtua / anak, teman sebaya), kehilangan / kematian orang terdekat, perundungan, riwayat kekerasan seksual, masalah hukum, masalah keuangan, perilaku bunuh diri dari orang yang ia kenal

   Pemilahan populasi spesifik ini dapat dilakukan oleh perawat maupun dokter bergantung pada situasi fasilitas kesehatan dan kondisi pasien.

2. Penilaian risiko bunuh diri/perilaku melukai diri secara umum untuk mengetahui adanya ide bunuh diri/perilaku melukai diri dapat digunakan anamnesis terkait pikiran, rencana, atau tindakan menyakiti diri sendiri atau bunuh diri yang dimiliki saat ini dan/atau riwayat pikiran, rencana, atau tindakan menyakiti diri sendiri atau bunuh diri. Penilaian risiko bunuh diri/perilaku melukai diri pada pasien remaja termasuk dalam penilaian psikososial dalam kerangka anamnesis HEEADSSS (lihat lampiran 1). Jika ingin menggunakan alat ukur spesifik untuk menilai risiko bunuh diri maka dapat menggunakan antara lain: 1) Kuesioner Ketahanan Jiwa Remaja untuk populasi remaja dan dapat diisi secara mandiri oleh remaja (Lampiran 2), 2) Kuesioner Penilaian Risiko Bunuh Diri/Perilaku Melukai Diri yang diisi

oleh tenaga kesehatan baik dokter, psikolog maupun perawat (Lampiran 3), 4) Kuesioner *Patient Health Questionnaire* (PHQ) 9 yang merupakan alat ukur sederhana untuk menilai depresi yang mencakup pertanyaan terkait perilaku bunuh diri yang juga dapat digunakan oleh tenaga kesehatan (Lampiran 4) serta 5) Kuesioner Sheehan (Lampiran 5)

A. Upaya promosi kesehatan jiwa, pencegahan an deteksi dini bunuh diri di Puskesmas. Dilakukan pada upaya kesehatan masayarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP). Promosi kesehatan jiwa serta upaya pencegahan dan deteksi dini masalah gangguan jiwa dan perilaku bunuh diri seyognyanya terintegrasi pada semua layanan puskesmas. Pelayanan kesehatan tingkat primer di Puskesmas yang terkait dengan populasi berisiko secara khusus perlu mendapat perhatian untuk pencegahan bunuh diri antara lain adalah

1. Pelayanan Kesehatan Jiwa

   Pelayanan Kesehatan Jiwa di Puskesmas sesuai dengan Modul Pelatihan Deteksi Dini Dan Penatalaksanaan Gangguan Jiwa Bagi Dokter Umum Dan Perawat Di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Deteksi dini yang dilakukan mencakup masalah psikosis, gangguan perkembangan, gangguan perilaku, demensia, penyalahgunaan alkohol dan zat serta menyakiti diri/ bunuh diri. Selanjutnya penatalaksanaan awal di puskes-mas mencakup kegawatdaruratan psikiatrik, gangguan cemas, depresi, psikotik dan demensia.

2. Pelayanan Kesehatan Remaja

   Berdasarkan Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja yang tertuang dalam Manajemen Terpadu Pelayanan Kesehatan Remaja (MTPKR), skrining psikososial dengan kerangka berpikir HEAADSS *(home, education, eating, exercise, activity, addiction, drugs,*

stress dan safety) secara rutin dikerjakan pada semua remaja yang datang ke layanan PKPR. Di dalam MTPKR telah terdapat algoritma tata laksana masalah kesehatan jiwa yang sering dijumpai pada remaja seperti gangguan depresi, cemas, gangguan tidur, gangguan makan, adiksi dan gangguan jiwa berat. Layanan PKPR di puskesmas juga mengelola program UKS di sekolah dan Posyandu remaja serta program kesehatan di Lembaga pemasyarakatan (jika ada), dengan demikian PKPR juga bertanggung jawab pada proses alur rujukan deteksi dini menggunakan SDQ dan PSC 17 agar remaja yang terdeteksi dengan alat ukur tersebut mendapatkan layanan tindak lanjut yang diperlukan.

3. Pelayanan Kesehatan Lansia

   Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas disesuaikan dengan Pedoman Penyelenggaran Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Pusat Kesehatan Masyarakat. Di dalam panduan ini sudah tertulis berbagai masalah Kesehatan jiwa yang kerap melanda populasi lanjut usia, yaitu depresi (termasuk pemikiran bunuh diri), demensia, insomnia, delirium dan gangguan cemas. Untuk promosi Kesehatan jiwa dan pencegahan beragam masalah jiwa pada lanjut usia, terdapat Pedoman Puskesmas Untuk Pemberdayaan Lanjut Usia yang diterbitkan oleh Direktorat Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan RI.

4. Pelayanan kesehatan keluarga termasuk ibu hamil.

   Untuk populasi lainnya, termasuk untuk ibu hamil/ melahirkan, kasus dengan dugaan masalah kejiwaan akan dirujuk ke Pelayanan Kesehatan Jiwa puskesmas. Di dalam buku KIA sendiri telah tercantum topik untuk pencegahan depresi pasca salin dan kekerasan dalam rumah tangga.

Pedoman klinis untuk program layanan tersebut di atas dapat dilihat pada tautan

https://bit.ly/35MR6z4

B. Pelayanan Kesehatan Tingkat Primer di Klinik swasta atau praktek mandiri

Pelayanan di klinik swasta dan praktek mandiri perlu dipastikan untuk mampu memberikan layanan Kesehatan jiwa dan deteksi dini masalah psikososial dan gangguan jiwa serta perilaku bunuh diri. Hal ini dapat terlaksana jika dokter/perawat/bidan terlatih dan tersedia panduan tatalaksana klinis untuk memberikan layanan Kesehatan jiwa dan deteksi dini, khususnya pada populasi berisiko: remaja, lansia dan individu dengan masalah kesehatan jiwa atau riwayat percobaan bunuh diri atau riwayat keluarga dengan perilaku bunuh diri.

C. Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut di Rumah Sakit

Sama halnya dengan puskesmas, di rumah sakit layanan terkait promosi kesehatan jiwa, pencegahan dan deteksi dini terkait bunuh diri dapat terintegrasi dengan semua layanan yang ada, namun secara spesifik, layanan kesehatan jiwa, pencegahan dan deteksi dini perilaku bunuh diri harus terdapat di dalam program-program pelayanan berikut ini:

1. Pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit

   Rumah sakit yang memiliki psikiater atau psikolog klinis tentu memiliki pelayanan Kesehatan jiwa. Jika tidak ada psikiater atau psikolog klinis, maka rumah sakit perlu melatih dokter umum dan perawat untuk mampu memberikan pelayanan kesehatan jiwa dasar dan melakukan rujukan secara tepat jika diperlukan

2. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Di rumah sakit

- Rumah Sakit seyogyanya memiliki layanan Kesehatan khusus remaja untuk mengakomodasi kebutuhan tumbuh kembang remaja dan membuat remaja lebih termotivasi untuk datang ke rumah sakit
- Pasien dengan usia hingga 18 tahun perlu dilayani oleh dokter anak di rumah sakit untutk mendapat pelayanan yang sensitif terhadap fase pertumbuhan dan perkembangan anak
- Dokter anak perlu melakukan skrining psikososial dengan menggunakan kerangka berpikir HEEADSSS, melakukan konseling psikososial sesuai kebutuhan remaja dan melakukan rujukan ke layanan Kesehatan jiwa jika diperlukan.
- Dokter Anak perlu bertindak sebagai care coordinator pada kasus remaja yang memerlukan pelayanan spesialistik lebih dari 1 untuk memastikan setiap remaja mendapatkan layanan yang mengakomodasi kebutuhan pertumbuhan dan perkembanganya.

3. Pelayanan Geriatri di Rumah Sakit

Pelayanan geriatri di Rumah Sakit dilakukan secara multdisiplin sesuai dengan Pedoman Penyelenggaran Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia. Promosi kesehatan jiwa serta upaya untuk pencegahan dan deteksi dini bunuh diri merupakan hal yang perlu dipastikan terselenggara pada pelayanan geriatri di rumah sakit. - Peraturan Kementerian Kesehatan tahun 2014 no 79.

Catatan: Pedoman klinis untuk di rumah sakit disesuaikan dengan rekomendasi/panduan dari organisasi profesi terkait

Program tambahan untuk layanan tingkat lanjut di Rumah Sakit

Pengembangan pusat krisis dan Layanan Berbasis *Online*

Call centre situasi krisis masuk dalam pencegahan sekunder diharapkan bisa terhubung dengan call centre yang ada di RSJ/RSU dengan layanan psikiatri. Bila akses geografis menjadi kendala, layanan berbasis digital dapat menjadi alternatif. Perlu dilakukan identifikasi layanan yang ada untuk situasi krisis secara nasional dan lokal setiap daerah. Call centre Layanan Psikologi Sehat Jiwa (SEJIWA) 119 ext 8 dapat dikembangkan untuk upaya Bantuan Psikologis Awal pencegahan bunuh diri.

Peran Sektor Kesehatan Bagi Program Promosi Kesehatan Jiwa, Pencegahan dan Deteksi Dini Bunuh Diri

A. Dinas Kesehatan

1. Koordinasi lintas sektor

   Melakukan koordinasi pendekatan dan kerjasama dengan berbagai elemen yang telah teridentifikasi termasuk melakukan koordinasi dan kerjasama lintas sektor dengan berbagai dinas pemerintahan terkait seperti dinas pendidikan, dinas sosial, Kantor Urusan Agama (KUA), BKKBN dan sebagainya

2. Identifikasi pemahaman spesifik, faktor risiko dalam masyarakat, populasi rentan, dan sumber daya yang dapat membantu upaya promosi kesehatan jiwa, pencegahan dan deteksi dini bunuh diri di wilayah kerjanya

3. Memastikan sistem rujukan timbal balik antara UKS dan layanan berbasis masyarakat lainnya dengan layanan PKPR/layanan keswa di puskesmas dan di rumah sakit berjalan dengan baik

4. Melakukan peningkatan kapasitas secara berkala para

petugas yang memberi layanan program-program kesehatan berbasis masyarakat maupun di fasilitas pelayanan kesehatan di dalam wilayah dinas kesehatan.

5. Memastikan sarana dan pra-sarana untuk pelaksanaan program-program kesehatan berbasis masyarakat di dalam wilayah dinas kesehatan
6. Melakukan koordinasi pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi edukasi Kesehatan jiwa dan pencegahan bunuh diri yang ada di berbagai program kesehatan yang ada di linkup kerja Dinas Kesehatan
7. Melakukan monitoring dan evaluasi berkala untuk program-program kesehatan berbasis masyarakat di dalam wilayah dinas kesehatan

B. Puskesmas

1. Memiliki tim kesehatan jiwa yang terdiri atas tenaga kesehatan jiwa, tenaga layanan kesehatan remaja, tim layanan kesehatan lansia. Tim ini dapat terdiri atas berbagai jenis tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan, ahli gizi, kesmas, promkes, psikolog klinis, psikiater) sesuai dengan penugasan atau yang telah terlatih untuk layanan jiwa/remaja/lansia.
2. Melakukan upaya identifikasi pemahaman masyarakat, faktor risiko, kelompok berisiko dan sumber daya yang ada di wilayah kerja puskesmas
3. Membuat perencanaan upaya edukasi masyarakat yang terdiri atas pesan edukasi, sasaran, cara penyampaian, waktu, pembiayaan, pencatatan, pemantauan dan evaluasi
4. Mengikuti kegiatan peningkatan kapasitas secara berkala yang diselenggarakan Dinas Kesehatan maupun organisasi profesi

5. Berpartisipasi memastikan semua sarana dan prasarana untuk layanan UKS dan semua layanan untuk populasi khusus.
6. Melakukan pendekatan dan pelatihan kepada unsur masyarakat, termasuk kader kesehatan / kader posyandu yang ada di dalam wilayah kerja puskesmas untuk bekerja sama dalam melakukan edukasi kepada masyarakat.
7. Mengupayakan/memastikan ketersediaan materi edukasi.
8. Memastikan terlaksananya edukasi terkait Kesehatan jiwa, perilaku bunuh diri dan stigmanya di dalam upaya kesehatan yang ada di lingkup puskesmas, seperti upaya pencegahan dan deteksi dini yang ada dalam program Upaya Kesehatan Sekolah (UKS), posyandu remaja, posyandu lansia, program kesehatan jiwa puskesmas, pelayanan kesehatan ibu dan anak dan sebagainya.
9. Memastikan sistem rujukan timbal balik antara UKS dan layanan populasi khusus dengan layanan PKPR / layanan keswa di puskesmas berjalan dengan baik.
10. Melakukan monitoring dan evaluasi berkala untuk program berbasis komunitas yang ada di wilayah kerjanya

C. Layanan Kesehatan Tingkat Pratama/Klinik Swasta/ Praktik Mandiri

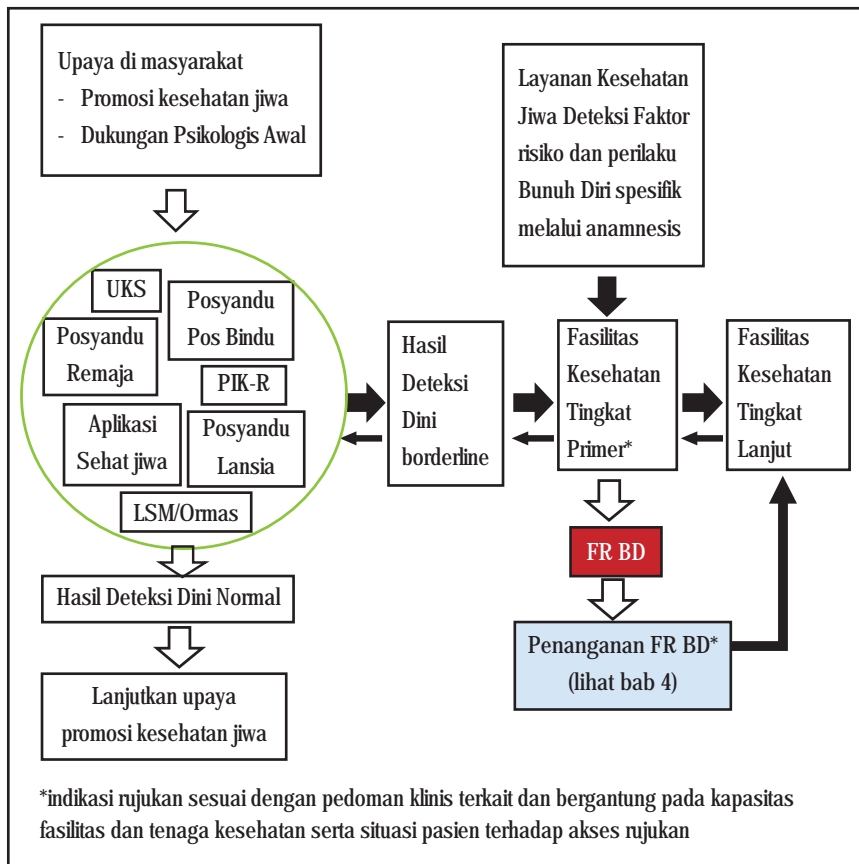
1. Membantu upaya puskesmas untuk melakukan identifikasi berbagai hal yang diperlukan dalam perencanaan edukasi masyarakat untuk pencegahan bunuh diri.
2. Mengikuti pelatihan yang diselenggarakan oleh puskesmas/dinas kesehatan/organisasi profesi terkait kesehatan jiwa dan pencegahan bunuh diri.

3. Melakukan edukasi aktif kepada masyarakat melalui beragam media (media masa maupun media elektronik) terkait kesehatan jiwa dan penceahan bunuh diri.
4. Melakukan skrining psiko-sosial/faktor risiko kesehatan jiwa dan perilaku bunuh diri pada pelayanan kesehatan yang dikerjakan, khususunya pada kelompok remaja dan usia lanjut.
5. Melakukan perujukan yang tepat jika mendapatkan pasien dengan faktor risiko masalah kesehatan jiwa atau perilaku bunuh diri.

D. Layanan Kesehatan Tingkat Lanjut (Rumah Sakit)

1. Memiliki tim kesehatan jiwa yang terdiri atas dokter umum/dokter spesialis serta perawat yang terlatih di layanan jiwa/remaja/lansia/layanan khusus lainnya, psikolog klinis dan psikiater.
2. Membantu upaya puskesmas untuk melakukan identifikasi berbagai hal yang diperlukan dalam perencanaan edukasi masyarakat untuk pencegahan bunuh diri.
3. Mengikuti pelatihan yang diselenggarakan oleh dinas kesehatan/organisasi profesi terkait Kesehatan jiwa dan pencegahan bunuh diri.
4. Mengembangkan integrasi layanan kesehatan jiwa pada setiap layanan yang ada di dalam linkup Rumah sakit.
5. Menyelenggarakan kegiatan peningkatan kapastias bagi staf rumah sakit terkait layanan kesehatan jiwa, kesehatan remaja dan geriatri
6. Melakukan edukasi aktif kepada masyarakat melalui beragam media (media masa maupun media elektronik) terkait kesehatan jiwa dan penceahan bunuh diri
7. Melakukan upaya rujuk balik ke upaya kesehatan tingkat

primer dan komunitas sesuai dengan kebutuhan pasien sebagai upaya untuk memastikan continuum of care Alur promosi, pencegahan dan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan bunuh diri Seperti halnya masalah kesehatan lain, deteksi dini yang telah dikerjakan di tingkat masyarakat menggunakan alat-alat deteksi dini yang ada, maka temukan positif ataupun dugaan akan dilakuan rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat primer (puskesmas atau klinik pratama) untuk evaluasi dan pencatatan untuk kepentingan pendataan serta dilakukan rujukan ke layanan kesehatan jiwa psikolog atau psikiater sesuai dengan kondisi pasien. Dukungan psikologis awal dapat dilakukan oleh orang terdekat sambil proses rujukan berjalan.

Untuk penanganan yang berkesinambungan maka proses rujukan balik dari fasilitas kesehatan rujukan jiwa ke fasilitas layanan primer dan komunitas/keluarga perlu juga untuk dilakukan.

Gambar 3.2 Alur deteksi dini, perujukan dan pelayanan masakah kesehatan jiwa dan perilaku bunuh diri

3.2 Pembatasan alat atau fasilitas yang dapat digunakan untuk bunuh diri

Salah satu penentu besar dalam tindak bunuh diri adalah akses yang dimiliki seseorang terhadap alat atau fasilitas yang dapat digunakan untuk bunuh diri. Identifikasi metode bunuh diri dari kasus-kasus terdahulu perlu dilakukan untuk membuat perencanaan pembatasan terhadap akses dan fasilitas yang

dapat digunakan untuk bunuh diri. Metode bunuh diri di antaranya adalah penggunaan pestisida / bahan berbahaya, penggunaan benda tajam, gantung diri dan lompat dari ketinggian. Pembatasan akses terhadap alat atau pemberian pelindung terhadap fasilitas yang dapat digunakan untuk bunuh diri merupakan pencegahan bunuh diri yang efektif, khususnya untuk bunuh diri yang bersifat impulsif karena akan memberikan tenggat waktu bagi pelaku untuk memikirkan kembali niat bunuh dirinya.

Tujuan pembatasan alat dan fasilitas:

1. Menurunkan ketersediaan, akses dan ketertarikan masyarakat untuk menggunakan beragam alat dan fasilitas sebagai cara untuk bunuh diri.
2. Menurunkan tingkat toksisitas/letalitas dari alat dan fasilitas yang mungkin digunakan untuk melakukan Tindakan bunuh diri

Upaya untuk menurunkan akses terhadap alat untuk bunuh diri berbasis masyarakat memerlukan koordinasi untuk identifikasi dan pengembangan berbagai upaya yang telah dilakukan untuk menurunkan akses terhadap alat atau fasilitas bunuh diri (termasuk perundah-undangan, regulasi dan praktik-praktik baik baik di tingkat nasional, provinsi, kabuaten/kota maupun desa.

Intervensi kunci pada pembatasan akses dan fasilitas mencakup:

1. Pengelolaan pestisida/bahan korosif yang dapat dipakai untuk bunuh diri

   Untuk pengelolaan pestisidan dan bahan korosif sektor kesehatan perlu bekerjasama dan berkoordinasi dengan dinas pertanian dan perdagangan. Regulasi yang dibuat atas Kerjasama Kementerian Kesehatan dan Kementerian

Pertanian terkait pengelolaan pestisida telah ada sejak tahun 1992 melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 58/Menkes/Per/III/1992 Tentang Persyaratan Kesehatan Pengelolaan Pestisida Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Selain itu perlu juga dilakukan upaya- upaya sebagai berikut:

a. Identifikasi pestisida/insektisida yang digunakan masyarakat setempat untuk kehidupan sehari-hari

b. Identifikasi bahan yang sangat berbahaya yang perlu ditarik dari peredaran disertai dengan penyediaan penggantinya yang lebih aman untuk kbesehatan manusia

c. Meninjau semua kebijakan terkait pestisida dan bahan berbaya yang dapat digunakan untuk bunuh diri

d. Identifikasi dan meninjau regulasi registrasi pestisida/ bahan korosif/obat untuk selalu menyertakan menyertakan data terhadap kesehatan manusia, khususnya terkait toksisitas akut pada manusia.

e. Memfasilitasi registrasi dan promosi dan penggunaan pestisida yang lebih aman di masyarakat

f. Melakukan pengaturan penjualan pestisida untuk mengurangi akses masyarakat terhadap pestisida

g. Memastikan adanya regulasi untuk penyimpanan dan pembuangan pestisida yang lebih aman

h. Memperkuat sistem pemantauan dan kontrol terhadap penggunaan pestisida/bahan korosif

i. Promosi, edukasi dan pelatihan terkait Tata kelola medis terkait keracunan atau penggunaan pestisida.

j. Mendukung penelitian pengembangan alternatif pestisida yang lebih aman

2. Pengelolaan obat-obatan medis yang dapat dipakai untuk bunuh diri

   Beberapa obat yang dilaporkan pernah digunakan sebaga alat bunuh diri dengan meminumnya secara berlebihan antara lain adalah obat pereda nyeri dan obat anti- depresan. Terkait pengelolaan obat-obatan perlu kerjasama dan koordinasi dengan BPOM daerah. Pengaturan obat diperlukan khsusunya bagi obat yang dijual bebas.Terkait hal ini, langkah intervensi yang dapat dilakukan berbagai upaya seperti yang tertuang dalam: Peraturan Badan Pengawas Obat Dan Makanan Nomor 28 Tahun 2018 Tentang Pedoman Pengelolaan Obat-Obat Tertentu Yang Sering Disalahgunakan. Hal yang perlu dipastikan terjadi sesuai dengan peraaturan tersebut antara lain adalah:

   1. Fasilitas Pelayanan Kefarmasian dalam melakukan kegiatan penyerahan Obat-Obat Tertentu harus memperhatikan: a. kewajaran jumlah obat yang akan diserahkan; dan b. frekuensi penyerahan obat kepada pasien yang sama.

   2. Fasilitas Pelayanan Kefarmasian wajib mengarsipkan secara terpisah seluruh dokumen yang berhubungan dengan pengelolaan Obat-Obat Tertentu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 dari dokumen yang berhubungan dengan obat selain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2.

   3. Obat-Obat Tertentu sebagaimana dimaksud wajib diserahkan sesuai dengan resep atau salinan resep.

   4. Resep atau salinan resep sebagaimana dimaksud ditulis oleh dokter.

   5. Petugas/pegawai harus mencatat nama, alamat, dan nomor telepon yang bisa dihubungi dari pihak yang mengambil obat.

3. Pengamanan fasilitas yang dapat digunakan untuk bunuh diri

   Fasilitas yang dapat digunakan bunuh diri untuk bunuh diri paling banyak adalah tempat yang dapat digunakan untuk jatuh dari ketinggian seperti gedung bertingkat, jembatan, jalan layang ataupun tempat-tempat yang dapat digunakan untuk mencelakai diri seperti rel kereta api. Pengamanan Gedung atau jempatan/jalan layang seperti meninggikan dinding/partisi pembatas sehingga menyulitkan seseorang untuk melewatinya, sementara pengamanan tempat untuk mencelakai diri seperti rel kereta api juga disertai dengan dinding pengaman atau upaya lain untuk membatasi akses masyarakat umum memasuk area rel kereta api. Untuk hal ini, intervensi yang dapat dilakukan adalah regulasi, pemantauan dan evaluasi terkait pengamanan fasilitas-fasilitas yang dapat digunakan untuk jatuh dari ketinggian atau mencelakai diri agar kemungkinan untuk fasilitas tersebut digunakan secara cara bunuh diri menjadi berkurang dengan bekerjasama dan berkoordinasi dengan Pekerjaan Umum dan Pemerintah Daerah setempat khususnya yang menangani fasilitas publik dan pembangunan infrastruktur. Saat ini regulasi terkait keamanan jembatan/gedung atau fasilitas umum yang ada diperuntukkan bagi keselamatan dan keamanan pengguna dengan meminimalisasi kecelakaan, namun memang tidak spesifik agar tidak dapat digunakan untuk bunuh diri. Perlu pembahasan spesifik untuk wilayah di mana metode jatuh dari ketinggian seringkali digunakan oleh masyarakat.

3.3 Pengelolaan Media Masa

Laporan media terkait peristiwa perilaku bunuh diri yang bertanggung jawab menunjukkan penurunan angka bunuh diri di masyarakat. Sebuah penelitian di Indonesia terhadap

pelaporan media akan kejadian bunuh diri di tahun 2018 mencatat bahwa dalam 6 bulan terdapat setidaknya 548 laporan bunuh diri di media masa yang umumnya ditulis secara berlebihan dan tidak memberikan informasi terkait aspek pencegahan dan layanan yang masyarakat bisa dapatkan. Tahun 2019 awal Indonesia telah memiliki Pedoman Pemberitaan Terkait Tindak dan Upaya Bunuh Diri yang dikeluarkan oleh Dewan Pers dengan Peraturan Dewan Pers nomor 2/Peraturan-DP/III/2019. Tujuan dari upaya ini adalah untuk implementasi panduan pemberitaan kejadian bunuh diri yang bertanggung jawab dan meningkatkan efektivitas penggunaan internet dan sosial media untuk edukasi masyarakat terkait pencegahan, deteksi dini dan pelayanan terkait perilaku bunuh diri dan faktor risikonya. Aspek penting dari pelaporan yang bertanggung jawab berdasarkan panduan WHO sudah secara keseluruhan tercantum dalam Pedoman dari Dewan Pers tersebut, yaitu:

1. Hindari bahasa yang sensasional atau yang menormalisasi Tindakan bunuh diri dan menghindari menuliskan kalimat yang menyatakan seolah-olah bunuh diri adalah solusi dari suatu permasalahan
2. Hindari penempatan yang menonjol dan hindari pengulangan cerita tentang kejadian bunuh diri. Sajikan judul tulisan secara hati-hati
3. Hindari deskripsi yang rinci dari cara/metode dan lokasi tindakan bunuh diri
4. Hati-hati ketika menggunakan foto maupun video terkait dengan kejadian bunuh diri
5. Perhatian dan kehati-hatian khusus perlu dilakuan ketika menuliskan kejadian bunuh diri seseorang yang terkenal.

Namun, terdapat satu hal yang ada dalam pedoman WHO untuk media namun belum tertulis dalam Peraturan Dewan

Pers 2019 tersebut, yaitu agar ketika menulis tentang kejadian bunuh diri, ambil kesempatan ini untuk melakukan edukasi kepada masyarakat tentang pencegahan bunuh diri dan bagaimana masyarakat bisa mendapatkan layanan terkait Kesehatan jiwa dan pencegahan bunuh diri. Untuk hal ini, maka Kerjasama lintas sektor antara Kementerian Kesehatan dengan Perhimpunan media masa baik cetak maupun elektronik, Persatuan Wartawan Indonesia, Dewan Pers dan pihak Kepolisian perlu dilakukan secara berjenjang mulai dari tingkat pusat, provinsi hingga ke tingkat kabupaten/kota. Upaya Kerjasama ini terdiri atas:

1. Mengembangkan panduan nasional pelaporan kejadian bunuh diri bersama media dan semua pemangku kepentingan terkait (lihat lampiran 5)
2. Pengembangan peningkatan kapasitas peliputan dan pelaporan (event based surveillance) kejadian bunuh diri, pencegahan dan promosi Kesehatan jiwa, termasuk bunuh diri termasuk promosi akses layanan Kesehatan jiwa yang telah ada bagi awak media.
3. Mengembangkan mekanisme pemantauan dan evaluasi pelaporan media.

Berikut adalah tabel yang berisi peran lintas sektor dan beragam program terkait yang ada.

Tabel 3.2 Peran Tiap Dinas/Sektor untuk promosi, pencegahan, deteksi

Dinas/Sektor	Program	Kerjasama dengan
Kesehatan	UKS	Dinas Pendidikan
	Posyandu Remaja	Pemda, LSM/organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi, Dinas Komunikasi dan informasi,
	Posbindu	
	Posyandu lansia	

	Aplikasi sehat jiwa	Dinas Permberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Dinas sosial
	Layanan kesehatan di fasilitas kesehatan	UKS, beragam posyandu, Lembaga Pemasyarakatan/ Lembaga Pembinaan Khusus Anak (LPKA)
	Pengaturan pestisida dan bahan korosif	Dinas Pertanian, Dinas Perdagangan
	Pengaturan obat-obatan medis	BPOM
	Pengaturan fasilitas publik	Pekerjaan Umum, Pemda
	Pengelolaan Media Masa	Komunikasi dan informasi, Dewan Pers dan Jajaran Media Masa
BKKBN	PIK - Remaja	Dinas Kesehatan, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan anak, Dinas Sosial, organisasi profesi, Organisasi kemasyarakatan /LSM ,
	Bina Keluarga Remaja (BKR)	
Pendidikan	UKS	Dinas Kesehatan
Agama	UKS di Madrasah/Pesantren	Dinas Kesehatan
Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak	- Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TPA) - Pusat Pembelajaran Keluarga (Puspaga)	Dinas kesehatan, Dinas pendidikan, Dinas sosial, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan/LSM
Sosial	- Komunitas Peduli Anak (KOMPAK) - Balai rehabilitasi sosial untuk anak dan remaja (dari Kementerian Sosial) - Karang Taruna	Dinas Kesehatan, Dinas pendidikan, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan/ LSM
Hukum dan HAM	Deteksi Dini Masalah Kesehatan Jiwa di Lapas/LPKA	Dinas Kesehatan

RESUME

1. Upaya promotif dan pencegahan di tingkat masyarakat dilakukan melalaui optimalisassi pelaksanaan berbagai program yang telah dimiliki oleh sektor kesehatan khususnya, dengan pelibatan beberapa program terkait di luar kesehatan dan memastikan permasalahan bunuh diri menjadi bagian dari materi yang dikomunikasikan dalam pelaksanaan program-program tersebut
2. Upaya deteksi dini di tingkat masyarakat fokus pada optimalisasi pelaksanaan deteksi dini masalah kesehatan jiwa secara umum dan memastikan individu yang terdeteksi mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa yang tepat.
3. Upaya kesehatan jiwa di semua lini fasilitas pelayanan kesehatan perlu dilakukan secara terintegrasi oleh sumber daya yang terlatih untuk melakukan upaya promosi dan pencegahan masalah kesehatan jiwa.
4. Upaya deteksi dini di fasilitas pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai cara disesuaikan dengan situasi dan kemampuan sumber daya yang ada,
5. Upaya lintas sektor sangat perlu diupayakan terjadi hingga di tingkat pelaksanaan beragam program terkait upaya promosi dan pencegahan masalah kesehatan jiwa dan deteksi dini bunuh diri

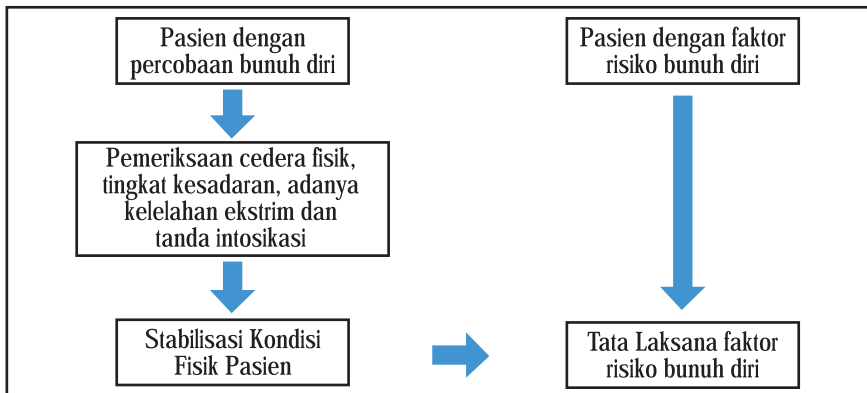
BAB IV
PENANGANAN FAKTOR RISIKO DAN PERILAKU BUNUH DIRI DI FASILITAS KESEHATAN

Mitos: Jika seseorang memiliki pikiran atau perilaku bunuh diri maka tidak ada yang bisa mengubahnya

Fakta: Peningkatan risiko bunuh diri sering bersifat jangja pendek dan situasi spesifik

Sementara pikiran bunuh diri tidak permanen dan seorang individu dengan pikiran dan upaya bunuh diri sebelumnya dapat terus menjalani kehidupan yang panjang

4.1 Tata Laksana Pasien dengan Faktor Risiko Bunuh Diri atau Percobaan Bunuh Diri

Secara umum pasien datang ke fasilitas Kesehatan dengan 2 kemungkinan situasi, yaitu pasien dengan percobaan bunuh diri atau pasien dengan ancaman/faktor risiko bunuh diri. Untuk pasien dengan percobaan bunuh diri maka perlu dilakukan pemeriksaan fisik dengan seksama (cedera fisik dan tanda-tanda intoksikasi) dan stabilisasi kondisi fisik, baru kemudian dilanjutkan dengan tata laksana faktor risiko bunuh diri.

Gambar 1. Skema alur tata laksana pasien dengan percobaan bunuh diri dan faktor risiko bunuh diri [12]

[12] Buku Saku Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Psikiatrik Di Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer. Direktorat Bina Kesehatan Jiwa, Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2018

Prinsip Tata Laksana Gawat Darurat Pasien dengan Percobaan Bunuh Diri

Tata laksana gawat darurat pasien dengan percobaan bunuh diri pada dasarnya adalah upaya stabilisasi fisik pasien. Untuk melakukan stabilisasi pasien, berikut adalah hal yang perlu diperhatikan:

1. Pastikan lokasi pemeriksaan aman
2. Pasien menggunakan baju rumah sakit dan barang bawaan pasien disimpan di tempat lain yang aman. Hal ini untuk mencegah pasien melarikan diri atau melakukan sesuatu yang berbahya.
3. Jika pasien dalam kondisi gaduh gelisah dan tidak bisa ditenangkan secara verbal, maka perlu dipertimbangkan penggunaan farmakoterapi atau upaya mengendalikan pasien secara fisik.
4. Pemeriksaan fisik mencakup tanda vital, tingkat kesadaran, jejas luka pada tubuh dan tanda-tanda intoksikasi
5. Pemeriksaan penunjang umumnya bergantung pada situasi dan kebutuhan, mencakup: darah perifer lengkap (misal jika terjadi perdarahan atau ada risiko infeksi), tes kehamilan dan penyakit menular seksual (bila ada riwayat kekerasan seksual) dan pemeriksaan toksikologi dengan sampel urin.
6. Tata laksana medis berdasar temuan hingga pasien stabil
7. Rawat inap

Prinsip Tata Laksana Pasien dengan Faktor Risiko Bunuh Diri dan Tata Laksana Lanjutan Bagi Pasien dengan Percobaan Bunuh diri

Tata laksana pasien dengan faktor risiko bunuh diri melibatkan 5 komponen, yaitu: fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, lingkungan terdekat pasien, pasien, dan kelompok pendukung penyintas.

I. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

1. Pelayanan yang konsisten
   - Mengelola semua hambatanakses pasien pada layanan kesehatan dan mempertimbangkan penjangkauan secara aktif kepada pasien melalui kunjungan rumah atau kunjungan sekolah.
   - Akses kepada layanan kesehatan yang fleksibel mungkin diperlukan seperti melalui telpon selular atau pihak ketiga yang dipercaya
   - Jika memungkinkan, tawarkan bantuan untuk memastikan kunjungan/kontak selanjutnya dengan layanan kesehatan terjadi
2. Kerjasama multidisiplin
   - Untuk pasien dengan komorbid penyakit fisik baik kronis maupun akut, kerjasama dengan layanan lain di fasilitas kesehatan perlu difasilitasi, terlebih bila keluhan fisik tersebut merupakan salah satu faktor risiko untuk perilaku bunuh diri yang dialami pasien
3. Layanan rawat inap
   - Berikut adalah indikasi rawat inap:
     1. Kasus percobaan bunuh diri
     2. Kasus dengan risiko bunuh diri sedang dan

tinggi (berdasarkan penilaian kuesioner Lampiran 2)

3. Perilaku agitasi atau gaduh gelisah
4. Ada gangguan psikiatri yang mendasari ide bunuh diri/perilaku menyakiti diri
5. Ketidakmampuan untuk berdiskusi tentang perencanaan keamanan *(safety planning)*
6. Dukungan keluarga/teman dekat/dukungan sosial yang rendah dari pasien untuk pemantauan dan tata laksana di rumah.

- Rawat inap melibatkan semua departemen terkait dengan kondisi pasien
- Pasien dengan risiko tinggi dirawat di ruang rawat psikiatri (jika tersedia)
- Perawatan di lakukan di tempat yang dapat dipastikan aman dari akses alat atau fasilitas yang dapat digunakan untuk bunuh diri dan dapat dipantau dengan mudah
- Farmakoterapi:
  - Semua obat diberikan dengan informed concent dan dicatat dengan lengkap.
  - Pasien dengan ide bunuh diri yang berulang dapat diberikan golongan benzodiazepine dan antipsikotik seperti Clozapin. Jangan diberikan antidepresan pada kondisi ini. Pasien geriatrik di berikan ½ dosis dewasa.
  - Antidepresan tidak direkomendasikan untuk tata laksana akut perilaku bunuh diri. Antidepresan hanya diberikan bila depresi didiagnosis sebagai faktor yang mendasari perilaku bunuh diri. Antidepresan diberikan golongan SSRI

seperti fluexetin 20-40 mg, sertraline 50-200 mg, fluvoxamine 150-250 mg dan venlafaxine 75 - 300 mg per hari.

4. Sistem rujukan timbal balik

   - Tenaga dan fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk Pusat Krisis Terpadu perlu memastikan kemampuan diri dalam pengelolaan pasien dengan faktor risiko/ide/perilaku bunuh diri. Jangan ragu untuk merujuk atau berkonsultasi jika ada kebutuhan baik dari sisi pasien (risiko meningkat, atau ada kondisi lain yang perlu penanganan tingkat lanjut) maupun dari sisi penyedia layanan. Buka kemungkinan bekerja sama dengan tenaga Kesehatan lain dan pendekatan multidisipilin jika diperlukan.

II. Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan perlu memiliki kapasitas sebagai berikut:

1. Kemampuan membangun relasi terapetik dan bangun kepercayaan sejak pertemuan awal dengan kerja-sama yang baik bersama pasien
2. Kemampuan melakukan pemeriksaan psikiatri
3. Tata laksana psikiatri yang mungkin diperlukan antara lain: psikoterapi, *Cognitive Behavioural Therapy, Familty Therapy,* dan *Motivational Interviewing*
4. Konsultasi dan supervisi

   Tenaga Kesehatan perlu peka pada kebutuhan klinis pasien dan kemampuan diri untuk melakukan konsultasi dan rujukan yang sesuai dengan kebutuhan dan situasi
5. *Self-care* bagi tenaga Kesehatan

Tenaga Kesehatan perlu memperhatikan kesejah-teraan diri sendiri ketika menangangi pasien dengan faktor risiko/ide/perilaku bunuh diri

III. Sistem pendukung pasien (keluarga/pengasuh/teman terdekat)

1. Aktivasi sistem pendukung pasien

- Aktivasi sistem pendukung terdekat pasien (keluarga, teman) dengan cara memobilisasi keluarga/ teman/ inidvidu yang peduli dan sumber daya lain yang tersedia untuk memastikan pemantauan ketat terhadap pasien dan mengoptimalkan dukungan sosial lain seperti komunitas tertentu, pemuka agama, pusat krisis dan sebagainya sesuai dengan ketersediaan yang ada.
- Pertimbangkan pelibatan anggota keluarga/seseorang yang dipercaya dan banyak berada di sekitar pasien sehari-hari untuk terlibat dalam sesi terapi, agar orang tersebut dapat melihat bagaimana cara membangung percakapan yang menenangkan pasien terkait ide atau perilaku bunuh diri
- Memberi pemahaman kepada sistem pendukunga pasien/pengasuh bagaimana sebuah ide bunuh diri dapat muncul pada diri seseorang dan bagaimana kemudian menjadi percobaan bunuh diri
- Jika memungkinkan, berikan ketrampilan pada sistem pendukung/pengasuh ketrampilan dan cara melakukan pertolongan pertama jika menemukan ide atau perilaku bunuh diri
- Pesan kunci kepada pendukung pasien:
  - Bunuh diri dapat dicegah

- Jika seseorang memiliki pemikiran untuk menyakiti diri sendiri/bunuh diri, segera cari bantuan dari anggota keluraga yang terpercaya, temen atau penyedia layanan kesehatan.
- Tidak apa-apa membicarakan tentang bunuh diri. Berbicara tentang bunuh diri tidak memancing tindakan bunuh diri. Menanyakan tentang bunuh diri akan membantu seseorang merasa lega, tidak terlalu cemas dan lebih dipahami
- Memiliki episode melukai diri sendiri/bunuh diri merupakan indikator dari tekanan emosional yang berat. Orang tersebut tidak melihat alternatif atau solusi. Oleh karena itu penting untuk segera mendapatkan bantuan untuk masalah emosional dan pemicu stressnya.
- Jejaring sosial termasuk keluarga dan orang lain yang relevan penting untuk penyediaan dukungan sosial
- Orang terdekat dan keluarga sebisa mungkin menghindari permusuhan dan kritik keras terhadap individu yang rentan untuk melukai diri sendiri/ meiliki risiko bunuh diri
- Orang terdekat dan anggota keluarga yang yang berisiko melukai diri sendiri sering kali mengalami stres berat. Berikan dukungan emosional kepada mereka jika mereka membutuhkanya
- Alat untuk menyakiti diri sendiri (misalnya pestisida, senjata obat-obatan) harus disingkarkan dari rumah.

2. Tatalaksana risiko akut

   - Melakukan edukasi pada orang terdekat pasien

untuk peka terhadap tanda dan gejala utama yang memerlukan tindak lanjut yang tegas

- Pastikan keluarga/teman dekat/orang yang berada di sekitar pasien mengetahui rencana situasi krisis yang telah dibuat bersama pasien termasuk bagaimana melakukan kontak dengan fasilitas pelayanan kesehatan/tenaga kesehatan/pusat krisis terpadu terdekat/terjangkau
- Batasi akses pada alat-alat yang dapat digunakan untuk bunuh diri, termasuk akses pada obat-obatan
- Tingkatkan frekuensi kontak klinis dengan kunjungan yang lebih sering, pemantauan berkala dan penjangkauan aktif di luar fasilitas pelayanan kesehatan

IV. Kerjasama dengan pasien-konseling spesifik pengelolaan risiko bunuh diri

1. Penilaian faktor risiko dan faktor proteksi yang ada dan dokumentasi

    - Lakukan penilaian dan dokumentasi kronologis ide atau perilaku bunuh diri secara rinci, termasuk penilaian awal akan faktor risiko dan faktor pelindung
    - Bedakan beratnya risiko perilaku bunuh diri pada pasien (lihat alat ukur faktor risiko perilaku bunuh diri pada lampiran 2)
    - Pertimbangkan akses informasi sistem pendukung yang dimiliki pasien (pengasuh/teman/keluarga)
    - Gali dan dokumentasikan faktor-faktor proteksi yang dimiliki pasien dan hal-hal baik yang memungkinkan pasien menemukan alasan untuk hidup/harapan.

2. Deteksi gangguan kesehatan jiwa lainnya

3. Membangkitkan harapan

   - Diskusikan pesan-pesan tentang harapan yang realistis terkait tata laksana
   - Pertimbangkan untuk menghubungkan pasien dengan kelompok pendukung sebaya atau penyintas sebaya untuk menumbuhkan harapan
   - Dukung pasien untuk memiliki aktivitas yang bermakna bagi dirinya
   - Pertimbangkan untuk merujuk pasien pada pelayanan Kesehatan sebelumnya yang telah berhasil menolong pasien pada perialku melukai diri/percobaan bunuh diri sebelumnya, untuk mere-fleksikan keberhasilan sebelumnya dan menu-mbuhkan harapan bahwa keberhasilan yang sama dapat terjadi kembali saat ini

4. Mengembangkan kemampuan coping yang adaptif

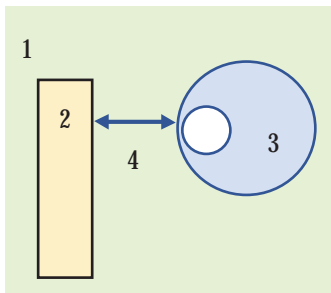
   - Diskusikan rencana tatalaksana dan tujuannya terkait penanggulanan ide-ide bunuh diri/ide mencelakai diri
   - Sampaikan bahwa ide bunuh diri dapat bersifat fluktuatif hilang timbul dan bantu pasien untuk melakukan identifikasi bahwa kekerapan dan tingkat keparahan ide bunuh diri tersebut berkurang seiring waktu
   - Diskusikan dan gali mekanisme-mekanisme coping yang dimiliki pasien dan bagaimana agar meka-nisme coping tersebut berkembang.
   - Diskusikan dengan pasien cara-cara mencari pertolongan yang adaptif (identifikasi tanda-tanda

awal ide bunuh diri) dan meningkatkan kemampuan pemecahan masalah

5. Perencanaan keamanan (*safety planning*)
   - Bersama dengan pasien mengembangkan rencana untuk mengatasi situasi jika terjadi krisis
   - Pastikan keluarga/teman dekat/orang yang berada di sekitar pasien mengetahui rencana situasi krisis yang telah dibuat bersama pasien, termasuk bagaimana mengontak fasilitas Kesehatan/tenaga Kesehatan/pusat krisis terpadu terdekat/terjangkau
   - Batasi akses pada alat-alat yang dapat digunakan untuk bunuh diri, termasuk akses pada obat-obatan

V. Kelompok Pendukung Penyintas Perilaku Bunuh Diri

Jika ada, kelompok pendukung penyintas perilaku bunuh diri dapat menjadi salah 1 sumber harapan bagi pasien dengan faktor risiko bunuh diri. Fasilitas pelayanan kesehatan/tenaga kesehatan dapat menginisiasi dengan mengenalkan satu sama lain pasien dengan faktor risiko bunuh diri yang telah berhasil melewati masa-masa sulit dan stabil secara psikologis.

Bagan Komponen Tata Laksana Pencegahan Bunuh Diri

Keterangan:

1. Fasilitas Kesehatan
2. Tenaga Kesehatan
3. Sistem dukungan pasien
4. Kerjasama dengan pasien
5. Kelompok Pendukung Penyintas Bunuh Diri

Langkah Tata Kelola Klinis Kasus Percobaan Bunuh Diri atau Melukai Diri (Lampiran 7)

1. Penilaian dan pengkajian

   a. Kaji apakah orang tersebut pernah melakukan tindakan serius untuk menyakiti diri

   b. Kaji risiko melukai diri/bunuh diri

   c. Kaji jika ada riwayat kondisi kejiwaan lain (psikopstologi)

   d. Kaji riwayat penyakit kronis

   e. Kaji tingkat keparahan gejala emosional

   Untuk melakukan penialiaan dan pengkajian, selain berdasarkan anamnesis dapat juga dilakukan dengan menggunakan instrumen yang terdapat pada lampiran.

2. Tata Laksana

   Tata laksana dilakukan berdasarkan kategori pasien, terdapat 3 kategori, yaitu:

   a. Pasien dengan tindakan menyakiti diri sendiri yang serius secara medis/percobaan bunuh diri (Protokol A)

      - Untuk semua kasus: tempatkan pasien di lingkungan yang aman dan mendukung di fasilitas kesehatan
      - JANGAN dibiarkan sendiri
      - Rawat luka/keracunan secara medis (lihat manajemen keracunan pestisida)
      - Tawari & aktifkan dukungan psikososial
      - Rawat pasien yang melukai/mencelakai diri sendiri, awasi ketat untuk mencegah bunuh diri
      - Lakukan konseling seperti disebutkan pada poin IV nilai faktor risiko dan faktor pelindung,deteksi

gangguan jiwa lainnya, diskusikan harapan, mekanisme coping yang adaptif dan *safety planning*

- Tawari dukungan untuk pengasuh
- Konsul ke spesialis kesehatan jiwa jika tersedia.
- Tindak lanjut

b. Pasien dengan perencanaan bunuh diri (Protokol B)

- Jauhkan dari alat yang dipakai untuk bunuh diri
- Ciptakan lingkungan aman, jika memungkinkan tawari ruang tenang sambil menunggu perawatan
- Jangan dibiarkan sendiri
- Superviasi dan beri tugas staf/keluarga untuk menjaga keamanan pasien
- Lakukan konseling seperti disebutkan pada poin IV halaman 50: nilai faktor risiko dan faktor pelindung, deteksi gangguan jiwa lainnya, diskusikan harapan, mekanisme coping yang adaptif dan *safety planning*
- Rawat kondisi psikopatologi dan tekanan emosional
- Tawari dan aktifkan dukungan psikososial
- Tawari dukungan untuk pengasuh
- Konsul ke spesialis kesehatan jiwa
- Tindak lanjutan

c. Pasien dengan ide dan atau risiko bunuh diri (Protokol C)

- Tawari dan aktifkan dukunga psikososial
- Konsul ke spesialis Kesehatan Jiwa jika tersedia
- Tindak lanjut

3. Tindak Lanjut

   Tindak lanjut yang dimaksud di sini adalah penilaian kemajuan. Untuk menilai kemajuan intervensi rekomendasi frekuensi kontak adalah dengan mempertahankan kontak rutin (lewat telpon ataukunjungan rumah) sering di awal (contoh seminggu seklali selama 2 bulan pertama). Jika dengan intervensi yang dilakukan terdapat kemajuan, maka kunjungan dapat dikurangi sesuai kebutuhan dan kondisi, namuna jika tidak terdapat kemajuan maka durasi kontak perlu ditingkatkan dan atau rujukan fasilitas atau tenaga yang lebih ahli perlu dilakukan. Pada setiap kontak perlu dilakukan penilaian pikiran dan rencana bunuh diri secara rutin.

4.2 Tata Kelola kejadian bunuh diri

Kejadian bunuh diri perlu mendapat tata kelola dan tanggapan yang tepat dari fasilitas Kesehatan, media dan masyarakat. Tujuan dari tata kelola kejadian bunuh diri adalah:

1. Memfasilitasi pemulihan keluarga/teman/kerabata /individu yang terlibat dari duka dan tekanan akibat kehilangan seseorang yang meninggal karena bunuh diri.
2. Mengurangi efek negatif dari paparan media terhadap peristiwa bunuh diri.
3. Mencegah dorongan untuk melakukan bunuh diri pada orang-orang yang berisiko tingi

Tahapan tata kelola pasca bunuh diri adalah sebagai berikut:

1. Pelaporan kejadian kematian di rumah atau kematian yang tidak wajar.

   Sesuai dengan KUHAP pasal 105 dan 108 serta PERMENKES no 68 tahun 2013 kejadian kematian di rumah perlu

dilaporkan kepada puskesmas terdekat dan pihak kepolisian. Masyarakat dihimbau untuk tidak menyentuh atau melakukan perubahan apapun yang ditemukan pada lokasi kejadian. Kematian ditetapkan oleh tenaga kesehatan, penyebab kematian ditetapkan melalui identifikasi forensik dan kematian tersebut merupakan bunuh diri atau pembunuhan ditetapkan oleh pihak kepolisian.

2. Mengawal pemberitaan bunuh diri yang aman

   Segera setelah ada peristiwa bunuh diri, tata kelola pasca bunuh diri dapat dilakukan pihak kepolisian dan puskesmas/ tenaga kesehatan yang menyatakan kematian bekerjasama dengan media untuk mendorong pemberitaan bunuh diri yang aman (lampiran 3).

3. Menyediakan dukungan rehabilitatif bagi mereka yang memerlukan, yaitu:

   Menolong orang yang terkena dampak peristiwa bunuh diri, untuk mengekspresikan rasa duka secara sehat dan menghindari bunuh diri tiruan. Fasilitas kesehatan dapat berkoordinasi dengan pihak terkait untuk membangun kapasitas tenaga dukungan dan perawatan profesional maupun sebaya untuk mereka yang membutuhkan. Pihak yang memerlukan dukungan ini adalah:

   a. Keluarga/teman dekat/kerabat dari pelaku bunuh diri
   b. Saksi mata/orang yang melihat kejadian atau menemukan jenasah pelaku bunuh diri
   c. Terapis/psikolog/tenaga kesehatan yang pernah mendampingi pelaku bunuh diri sebelumnya.
   d. Kelompok rentan/memiliki faktor risiko bunuh diri.

      Kelompok ini memerlukan adanya pemberitaan yang aman dan positif mengenai bunuh diri yang terjadi,

agar dapat menghindari efek bunuh diri tiruan (*copycat suicide*), khususnya jika orang yang meninggal karena bunuh diri merupakan tokoh publik atau idola yang dikenal oleh masyarakat luas

Program rehabilitasi dapat diberikan dalam bentuk rehabilitasi psikososial berupa:

- diagnosis psikososial;
- bimbingan dan konseling psikososial
- perawatan dan pengasuhan;
- bimbingan mental spiritual;
- bimbingan fisik
- pelayanan aksesibilitas;
- bantuan dan asistensi sosial;
- pelatihan vokasional dan pembinaan kewirausahaan
- bimbingan lanjut; dan/atau rujukan

4.3 Peran pihak-pihak terkait tata kelola faktor risiko dan kejadian bunuh diri

Dinas Kesehatan

1. Mengembangkan sistem pelaporan kejadian bunuh diri yang aman serta mekanisme pemantauan dan evaluasi
2. Membuat kesepatakatan bersama pihak kepolisian dan media masa lokal untuk tata kelola kejadian bunuh diri dan *event based surveillance*
3. Melakukan identifikasi layanan dan tenaga kesehatan jiwa serta Layanan Krisis Terpadu yang ada di wilayah kerja dinas kesehatan dan mengembangkan mekanisme serta alur rujukan timbal balik antara layanan Kesehatan yang ada.

4. Jika diperlukan dan belum ada, dinas kesehatan perlu mendorong salah 1 atau beberapa fasilitas kesehatan yang strategis untuk mengembangkan Pusat Krisis Terpadu/ Layanan Krisis
5. Mengembangkan kelompok pendukung bagi penyintas perilaku bunuh diri dan kelompok pendukung penyintas kehilangan bunuh diri di wilayah kerja dinas kesehatan.
6. Melakukan sosialisasi dan peningatan kapastias tata kelola faktor risiko dan kejadian bunuh diri pada semua pihak terkait

Fasilitas Pelayanan Kesehatan (puskesmas dan rumah sakit)

1. Membentuk tim di puskesmas/rumah sakit untuk penanganan faktor risiko dan kejadian bunuh diri
2. Mengikuti kegiatan peningkatan kapastias tata kelola faktor risiko dan kejadian bunuh diri yang diadakan Dinas Kesehatan
3. Identifikasi pasien penyintas perilaku bunuh diri dan penyintas kehilangan bunuh diri untuk membantu dinas Kesehatan mengembangkan kelompok pendukung bagi penyintas dan kelompok pendukung bagi penyintas kehilangan karena bunuh diri
4. Memastikan pedoman untuk tata kelola faktor risiko dan kejadian bunuh diri tersosialisasi dan terlaksana di fasilitas Kesehatan.
5. Memiliki nomer kontak fasilitas dan tenaga kesehatan jiwa yang menjadi tujuan rujukan timbal balik bagi pelayanan kasus faktor risiko dan kejadian bunuh diri serta memastikan rujukan timbal balik berjalan dengan baik.
6. Mengembangkan hubungan dan kerjasama dengan pihak kepolisian terdekat dengan fasilitas Kesehatan untuk tata

kelola kejadian bunuh diri sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat dinas kesehatan bersama pihak kepolisian.

Kepolisian

1. Membuat kesepatakatan bersama pihak Dinas Kesehatan dan media masa lokal untuk tata kelola kejadian bunuh diri dan *event based surveillance*
2. Membuat pedoman tata kelola kejadian bunuh diri untuk membantu petugas melakukan pelayanan pada pelaporan kejadian kematian tidak wajar / kematian di rumah.
3. Mengikuti kegiatan peningkatan kapasitas yang diseleng-garakan Dinas Kesehatan terkait pemberitaan kejadian bunuh diri yang aman

Media Masa Lokal

1. Mengikuti pelatihan yang diselenggarakan Dinas Kesehatan tentang pemberitaan kejadian bunuh diri yang aman dan *event based surveillance*
2. Membuat kesepatakan dengan Dinas Kesehatan dan Kepolisian untuk pemberitaan bunuh diri yang aman.
3. Memastikan tata cara pemberitaan kejadian bunuh diri diketahui oleh seluruh awak media yang bekerja di bawah pengawasan media masa
4. Melakukan evaluasi dan pemantauan terhadap pemberitaan kejadian bunuh diri dan *event based surveillance* yang dikerjakan oleh awak media.

BAB V
PENGEMBANGAN PROGRAM DAN SISTEM INFORMASI

5.1 Pengembangan program

1. Menentukan Indikator Keberhasilan Program Pencegaha Bunuh Diri
   Untuk pengembangan program, perlu ditetapkan indikator keberhasilan program. Terlampir adalah apa saja yang dapat menjadi indikator dari program pencegahan dan pengelolaan bunuh diri dari sisi *input, output dan outcome.*

Tabel 5.1 Input, Output dan Outcome Program Pencegahan Bunuh Diri

Input	● Political will ● Biaya dan Mekanisme Pembiayaan; ● Kegiatan peningkatan kapasitas yang diperlukan ● Jumlah tenaga terlatih ● Kepemimpinan dan kolaborasi yang berkelanjutan ● Program pencegahan yang berbasis bukti dan sesuai dengan budaya setempat ● Penyediaan dan akses data ● Identifikasi mitra pelaku di lapangan
Output	● Program pelatihan untuk para pengelola program dan pemberi layanan ● Edukasi publik ● Akses layanan ● Program komunitas dan layanan hotline/krisis ● Program tata kelola yang berkesinambungan dari pencegahan dan pelayanan semua ini ● Tata kelola pasca kejadian bunuh diri ● Pembatasan pada alat / fasilitas untuk bunuh diri ● Pedoman bagi media masa dan kepolisian
Outcome	● Perbaikan pemahaman masyarakat tentang Kesehatan jiwa dan perilaku bunuh diri ● Perubahan ketrampilan pengelola program dan pemberi layanan di lapangan ● Capaian spesifik yang dapat diterapkan untuk jangka pendek/menengah/ Panjang sesuai sumber daya yang dimiliki 1. Jumlah pasien yang mencari layanan Kesehatan jiwa 2. Jumlah remaja / lansia / populasi spesifik lainnya yangmenjangkau/ terjangkau oleh layanan

	3. Jumlah kasus dengan faktor risiko yang teridentifikasi 4. Jumlah kasus percobaan bunuh diri yang teridentifikasi dan mendapat tata laksana tepat 5. Jumlah layanan yang tersedia dan siap melayani kasus risiko percobaan bunuh diri 6. Jumlah jam layanan yang terjangkau 7. Pengukuran cost-effectiveness membaik 8. Menurunnya perawatan rumah sakit karena percobaan bunuh diri 9. Menurunnya kematian karena bunuh diri

2. Analisis situasi

Analisisi situasi dapat dilakukan dengan metode SWOT (*Strength*/kekuatan, *Weakness*/kelemahan, *Opportunities*/peluang and Threats/kendala). Analisis situasi ini akan mendasari pengembangan program dan Langkah-langkah yang perlu dilakukan oleh program untuk pencapaian input, ouput dan outcome.

Tabel 5.2 Analisis Situasi Indikator input, output dan outcome

Analisis situasi	Kekuatan	Kelemahan	Peluang	Kendala
Indikator *input*				
Indikator *output*				
Indikator *outcome*				

Tabel 5.3. Contoh Tabel monitoring dan evaluasi indikator input, output dan outcome

Indikator	Pemantauan dan Evaluasi
Input	
- Dana	Besar dana yang dialokasikan dan yang digunakan
- Kegiatan peningkatan kapasitas SDM	- Jumlah SDM terlatih - Jenis SDM terlatih dan sebarannya - Peningkatan pengetahuan dan ketrampilan peserta kegiatan
Output	

- Edukasi publik	- Jumlah edukasi terkait bunuh diri di beragam program (UKS, posyandu dll) - Jumlah peserta yang berpartisipasi
Outcome	
- Jumlah remaja yang datang ke posyandu remaja	- Tren jumlah remaja yang datang ke posyandu remaja - Penilaian tingkat kepuasan remaja yang datang ke posyandu remaja - angka bunuh diri - angka self-harm - jumlah jejaring yang terlibat bertambah/keluasan jangkauan sumber daya - jumlah nakes yang semakin percaya diri dalam menangani self-harm, dan bunuh diri

5.2 Perencanaan Pendanaan

Sumber pembiayaan untuk pencegahan dan tata laksana faktor risiko dan perilaku bunuh diri dapat berasal dari pemerintah dan sumber pembiayaan lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pembiayaan yang bersumber dari pemerintah berbeda-beda pada tiap tingkat administrasi yaitu tingkat pusat bersumber dari Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN), tingkat provinsi bersumber dari APBN (dekon) dan Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) provinsi, tingkat kabupaten/kota bersumber dari APBN (tugas perbantuan) dan APBD kabupaten/kota berupa DAU (Dana Alokasi Umum) dan DAK (Dana Alokasi Khusus). Pendanaan ini dialokasikan dengan mengunakan formula khusus antara lain berdasarkan jumlah penduduk, kapasitas fiskal, jumlah masyarakat miskin dan lainnya.

Di era desentralisasi, fungsi pemerintah pusat adalah dalam hal berikut ini:

1. Menjamin ketersediaan pedoman dan dokumen pendukung lainnya,
2. Sosialisasi pedoman dan program peningkatan kapasitas di tingkat pusat

3. Perjanjian kerjasama dengan pihak kepolisian dan media di tingkat nasional untuk menjadi acuan bagi provinsi dan kabupaten/kota,
4. Bimbingan teknis, pemantauan dan evaluasi,
5. Advokasi kepada lintas sektor dan pihak terkait di tingkat pusat
6. Penelitian operasional
7. Mekanisme dan alur pelaporan serta sistem informasi

Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota bertanggung jawab menyiapkan: biaya operasional untuk pelaksanaan pencegahan dan tata laksana faktor risiko dan perilaku bunuh diri. Biaya operasional sebagaimana dimaksud meliputi biaya:

1. Transport dan akomodasi petugas;
2. Penggerakan dan kampanye kepada masyarakat
3. Pengembangan kelompok pendukung orangtua remaja, penyintas percobaan bunuh diri dan penyintas kehilangan bunuh diri
4. Sosialisasi dan peningkatan kapasitas di tingkat provinsi/kabupaten/kota
5. Pemantauan dan evaluasi lokal

5.3 Sistem Informasi dan Surveilans

Pengembangan sistem informasi secara digital dan alur data di tingkat kabupaten - provinsi dan nasional terkait faktor risiko, percobaan bunuh diri dan bunuh diri perlu dikembangkan. untuk dapat membantu perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta perbaikan program secara berkesinambungan.

5.4 Variabel Data dan Cara Pengumpulan Data

Variabel Data

Data yang menjadi prioritas dalam program pencegahan bunuh

diri adalah data terkait faktor risiko dan hasil skrining melalui beragam program yang ada di komunitas maupun fasilitas Kesehatan. Data tersebut mencakup:

a. Data epidemiologi, termasuk data berdasar jenis kelamin, usia dan informasi terkait lainnya. Data epidemiologi yang dimaksud adalah:

   Tingkat puskesmas:

   - Hasil skrining dari program UKS (SDQ dan skrining faktor risiko bunuh diri)
   - Hasil skrining dari program posyandu Remaja (PSC 17)
   - Data hasil skrining psikososial pada layanan PKPR di puskesmas
   - Data diagnosis masalah Kesehatan jiwa dan diagnosis terkait tindakan percobaan bunuh diri yang terangkum dari layanan kesehatan jiwa, layanan PKPR, layanan umum dan layanan geriatri

   Tingkat rumah sakit:

   - Data berbasis temuan di rumah sakit-terkait register risiko dan kejadian bunuh diri

b. *Event base surveillance* bekerjasama dengan media masa

c. Identifikasi populasi/individu/situasi rentan

d. Cakupan kebijakan dan program yang telah dilakukan

e. Biaya langsung dan tidak langsung dari faktor risiko bunuh diri dan kejadian bunuh diri

f. Program yang efektif dan praktik baik yang mungkin ada baik di wilayah kerja dinas kesehatan maupun di luar wilayah kerja dinas kesehatan.

Tabel 5.1 Daftar diagnosis yang perlu dicatat sebagai proksi upaya tindakan percobaan bunuh diri

Diagnosis	Kode ICD 10
Intoksikasi obat dan semua zat kimia	F 55 F 10 , F 13, F 19 T 51 - 65
Laserasi/Luka pada leher	S 10 - 19
Vulnus laseratum (luka sayat) di lengan bawah	S 51.81 S 51.82
Tindakan melukai diri sendiri *(self-harm)*	X 69 - X 83
Fraktur *multiple* yang disebabkan oleh jatuh dari ketinggian atau mencelakai diri sendiri	T 07, S 22, S 32

Pengumpulan Data

Pengumpulan data terkait upaya pencegahan bunuh diri diawali dari pelaporan atau data epidemiologis untuk kejadian percobaan bunuh diri (diagnosis yang terkait dengan upaya percobaan bunuh diri) atau bunuh diri yang dilanjutkan dengan pelacakan (untuk faktor risiko dan skrining). Untuk upaya percobaan bunuh diri dimulai dari pencatatan di rumah sakit atau puskesmas dengan layanan gawat darurat yang dilakukan oleh dokter (penegakan diagnosis) dan dilanjutkan oleh penanggung jawab data di layanan kesehatan tersebut untuk kemudian dikumpulkan ke dinas kesehatan secara berjenjang hingga ke tingkat pusat.

5.5 Analisis Data dan Pemanfaatan Data

Analisis data yang tepat merupakan satu kesatuan dari sistem surveilans yang baik. Cara analisis data surveilans harus direncanakan seiring dengan disusunnya instrumen pengumpulan data. Analisis data disesuaikan dengan kebutuhan informasi apa yang diperlukan. Deskripsi data dilihat terkait data individu (jenis kelamin, usia) dan lokasi. Kegiatan analisis

dilakukan di puskesmas, rumah sakit dan dinas kesehatan. Data yang telah terkumpul kemudian dilakukan analisis pada level masing-masing tingkat dan untuk kepentingan pengembangan program dan advokasi.

- Kegiatan analisis di puskesmas

Unit surveilans puskesmas melakukan analisis triwulan terhadap berbagai hasil skrining, faktor risiko dan beragam masalah kesehatan jiwa yang didapat dari program posyandu, UKS dan pelayanan konseling di puskesmas, kemudian menginformasikan hasil analisis kepada kepala puskesmas. Unit surveilans puskesmas melakukan analisis tahunan perkembangan beragam faktor risiko dan masalah kesehatan jiwa dan menghubungkannya dengan aspek psikososial masyarakat setempat, perubahan lingkungan, serta perencanaan dan keberhasilan program. Jika ditemukan tren tertentu maka kepala puskesmas melakukan penyelidikan epidemiologi dan menginformasikan ke dinas kesehatan kabupaten/kota

- Kegiatan analisis di rumah sakit

Unit surveilans rumah sakit melakukan analisis triwulan terhadap faktor risiko dan masalah kesehatan jiwa yang ditemukan pada semua layanan di rumah sakit dan kemudian menginformasikan hasil analisis kepada kepala rumah sakit. Jika ditemukan tren tertentu maka kepala rumah sakit menginformasikan ke dinas kesehatan kabupaten/kota. Unit surveilans rumah sakit melakukan analisis tahunan beragam faktor risiko dan masalah kesehatan jiwa dan menghubungkannya dengan aspek psikososial masyarakat setempat perubahan lingkungan, serta perencanaan dan keberhasilan program di rumah sakit.

- Kegiatan analisis di dinas kesehatan kota/kabupaten

Unit surveilans dinas kesehatan kabupaten/kota melakukan analisis triwulan (tiga bulanan) terhadap tren/pola faktor risiko masalah psikososial dan kesehatan jiwa untuk kemudian

disampaikan kepada puskesmas, rumah saki dan program terkait dilingkungan dinas kesehatan. Jika ditemukan peningkatan penyakit tertentu maka kepala rumah sakit menginformasikan ke dinas kesehatan provinsi. Unit surveilans kabupaten/ kota melakukan analisis tahunan beragam faktor risiko dan masalah kesehatan jiwa dan menghubungkannya dengan aspek psikososial masyarakat setempat perubahan lingkungan, perencanaan dan keberhasilan program serta perencanaan dan keberhasilan program di dinas kesehatan kabupaten/kota.

- Kegiatan analisis di dinas kesehatan provinsi

Unit surveilans dinas kesehatan provinsi melakukan analisis triwulan (tiga bulanan) terhadap tren/pola faktor risiko masalah psikososial dan kesehatan jiwa untuk kemudian disampaikan kepada puskesmas, rumah saki dan program terkait dilingkungan dinas kesehatan. Jika ditemukan peningkatan perubahan tren maka Dinas Kesehatan Provinsi menginformasikan ke dinas kesehatan kabupaten. Unit surveilans provinsi melakukan analisis tahunan beragam faktor risiko dan masalah kesehatan jiwa dan menghubungkannya dengan aspek psikososial masyarakat setempat perubahan lingkungan, serta perencanaan dan keberhasilan program di dinas kesehatan provinsi.

- Interpretasi Data

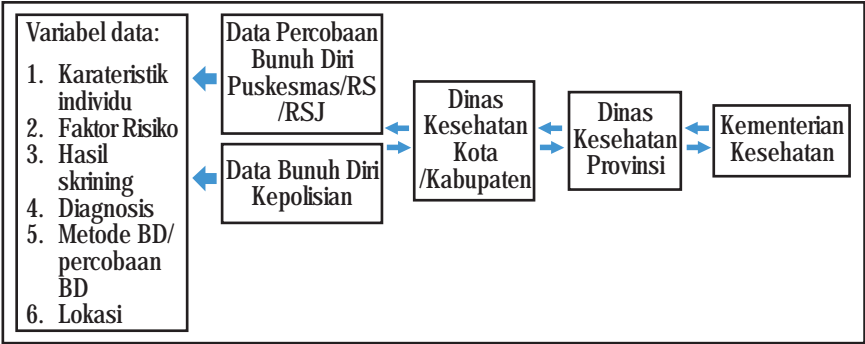
Data yang sudah dianalisis memerlukan interpretasi dari semua staf dan petugas yang terkait dengan pelayanan dan program Kesehatan jiwa dan pencegahan bunuh diri. Perlu dipastikan apakah setiap data valid, secara statistik dan secara keilmuan. Interpretasi hasil analisis data menentukan langkah dan kebijakan apa yang akan diambil untuk menindak lanjuti apa yang ada, baik deteksi wabah maupun kegiatan monitoring. Interpretasi data harus difokuskan pada aspek yang merupakan titik berat suatu masalah. Sehingga dengan interpretasi data

tersebut dapat ditetapkan prioritas kegiatan yang dilakukan untuk mengontrol ataupun memperbaiki kondisi yang ada. Hasil interpretasi data inilah yang nantinya didiseminasikan kepada para pemegang kebijakan maupun sebagai umpan balik kepada pelaksana di lapangan. Hambatan yang dapat terjadi dalam proses interpretasi data adalah keterbatasan data, *under-reporting,* kurang representasinya data faktor risiko untuk suatu wilayah dan definisi kasus yang tidak seragam antar wilayah.

5.6 Pelaporan, Pemantauan dan Evaluasi

Supervisi merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan secara berkala dan berkesinambungan meliputi pemantauan, pembinaan, dan pemecahan masalah serta tindak lanjut. Kegiatan ini sangat berguna untuk melihat bagaimana program atau kegiatan dilaksanakan sesuai dengan standar dalam rangka menjamin tercapainya tujuan program pencegahan dan tata laksana faktor risiko dan perilaku bunuh diri. Supervisi suportif didorong untuk dilakukan dengan terbuka, komunikasi dua arah dan membangun pendekatan tim yang memfasilitasi pemecahan masalah. Ini difokuskan pada pemantauan kinerja terhadap target, menggunakan data untuk mengambil keputusan dan di pantau oleh petugas untuk memastikan bahwa ilmu atau strategi yang baru tersebut dilaksanakan dengan baik. Kegiatan supervisi dapat dimanfaatkan pula untuk melaksanakan *"on the job training"* terhadap petugas di lapangan. Diharapkan dengan supervisi ini, dari waktu ke waktu, petugas akan menjadi lebih terampil baik segi teknis maupun manajerial. Supervisi diharapkan akan menimbulkan motivasi untuk meningkatkan kinerja petugas lapangan

Evaluasi dilakukan secara berkala dimulai dari melakukan perencanaan evaluasi dan membuat prioritas dengan melihat data-data surveilans yang didapatkan. Evaluasi dilakukan dengan cara riset operatif untuk melihat kemajuan program dan melakukan identifikasi kesenjangan. Berdasarkan hasil

evaluasi, sumber daya dapat dikelola kembali untuk dapat mengatasi kesenjangan yang ada.

Gambar 5.1 Bagan Pengumpulan Data Surveilans Bunuh Diri dan Pelaporan

BAB VI
PENUTUP

Dengan ditetapkannya Pedoman Pencegahan dan Penanganan Bunuh Diri ini, maka diharapkan semua instansi terkait termasuk swasta dan masyarakat dapat bertanggung jawab dalam mengelola informasi terkait kesehatan jiwa dan bunuh diri, menghilangkan stigma dan bersama-sama melakukan upaya untuk pencegahan, mengenali tanda dan gejala awal serta melakukan kontak dengan pelayanan kesehatan jiwa yang tersedia. Untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya tersebut maka dilakukan berbagai upaya melalui promosi kesehatan jiwa, pencegahan dan penanganan masalah kesehatan jiwa, serta deteksi faktor risiko bunuh diri, percobaan bunuh diri dan tindakan bunuh diri.

Catatan:

Semua dokumen pendukung program kesehatan jiwa dan pencegahan-tata kelola bunuh diri terdapat di https://bit.ly/35MR6z4

DAFTAR PENYUSUN

PEDOMAN PENCEGAHAN DAN PENANGANAN BUNUH DIRI

Kementerian Kesehatan RI
Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
Direktorat P2 Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza Jakarta, 2021

Penasehat:
dr. Siti Khalimah, Sp.KJ, MARS

Penanggung Jawab:
dr. Edduwar Idul Riyadi, Sp.KJ

Tim Penyusun:
dr. Edduwar Idul Riyadi, Sp.KJ
dr. Nancy Dian Anggraeni, M.Epid
dr. Fransisca Handy, Sp.A
dr. Isa Multazam Noor, MSc, SpKJ(K)
Dra. Eunike Sri Tyas Suci, PhD., Psikolog
dr. Andik Matulessy, Psikolog
Wahyu Nhira Utami, M. Psi., Psikolog
Anna Surti Ariani, S. Psi., M.Si, Psikolog
Ns. Fauziah, SKp, M. Kep, Sp. KepJ
Nurul Eka Hidayati
Aisyah Maulina Zjubaidi, SKM, MSi
drg. Luki Hartanti, MPH
dr. Prianto Djatmiko, Sp. KJ
dr. Lucia Maya Savitri, MARS
dr. Juzi Delianna, M.Epid
dr. Herbet Sidabutar, SpKJ
Erliana Setiani, SKM, MPH
dr. Anita
dr. Hasyati Dwi Kinasih

Wini Wulansari,S.Si, UKN
Dyotisaddha Reqyizendri, M.Psi
Nadiatul Maunah, S.Kep
Bambang Triwahono, S.Kep, Ners, MPH
Muhamad Sandy Irawan, SE

Kontributor:
DR. dr. Suzy Yusna Dewi, Sp. KJ(K), MARS
DR. dr. Nova Riyanti Yusuf, SpKJ
dr. Albert Maramis, Sp. KJ
dr. Sri Idaiani, SpKJ
dr.Yuslely Usman, M.Kes
dr. Desmiarti, Sp. KJ, MARS
dr. Achmad Afflazier, MKM
drg. Rudy Kurniawan, M. Kes
dr. Indri Yogyaswari, MARS
Drg. Diah Handaryati
DR. Kanya Eka Santi, MSW
Erlinda, M. Pd.
Marwan Syaukani
Nur Azizah, SKM
drg. Juanita Patricia
Siska Kumala Sari
Ummul Khair, SKM, MPH
dr. Felicia Kalesaran, M. Kes.
Hotmaria Siagian, Apt. M. Kes.
dr. Yenny Hasrita Ekasari
dr. Siti Dara Safitri Indah Deviyanti
dr. Artha Camelia, MHA, MPH
Tanti Kosmiyati Kostaman, S.Psi
Andi M. Yusuf Ridwan

Editor:
dr. Lucia Maya Savitri, MARS
Wini Wulansari, S.Si, MKM

Diterbitkan Oleh :
Kementerian Kesehatan RI

DAFTAR PUSTAKA

Baron, Byrne, & Branscombe. Social Psychology (11th edition). Pearson Educational. 2006

Bronfenbrenner, U. (1988). Interacting systems in human development. Research paradigms: Present and future. In N. Bolger, A. Caspi, G. Downey, & M. Moorehouse (Eds.), Persons in contexts: Developmental processes (pp. 25-49). Cambridge University Press.

Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: a future perspective. In P. Moen, G. H. Elder, & K. Luscher (Eds.), Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development (pp. 599-618). American Psychological Association.

Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. In S. L. Friedman & T. D. Wachs (Eds.), Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts (pp. 3-28). American Psychological Association Press.

Bronfenbrenner, U. (2001). The bioecological theory of human development. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), International encyclopaedia of the social and behavioural sciences (pp. 6963-6970). Elsevier

Bryan CJ, Vujanovic AA, Nock MK. Innovations in the science of suicide. Elsevier; 2019WHO. Preventing suicide: A global imperative. 2014.

Chen YY, Chien-Chang Wu K, Yousuf S, Yip PS. Suicide in Asia: opportunities and challenges. Epidemiologic reviews. 2012 Jan 1;34(1):129-44.

Direktorat Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan RI. Manajemen Terpadu Pelayanan Kesehatan Remaja. Kementerian Kesehatan RI, 2015

Direktorat Medik dan Keperawatan Bidang Pelayanan Medik RSUPN Dokter Cipto Mangunkusumo. Pedoman Pelayanan Pasien dengan Risiko Bunuh Diri Di RSUPN Cipto Mangunkusumo. Jakarta, 20194.

Gamayanti, Witrin. Usaha Bunuh Diri Berdasarkan Teori Ekologi Brofenbrenner. Psympathic, Jurnal Ilmiah Psikologi. Juni. Vol: 1, Nomor : 2, Hal: 204-230. 2014.

Hofstra E, Van Nieuwenhuizen C, Bakker M, Özgül D, Elfeddali I, de Jong SJ, et al. Effectiveness of suicide prevention interventions: a systematic review and meta-analysis. General hospital psychiatry. 2020;63:127-40.

Hossain HUAD, Aftab A, Soron TR, Alam MT, Chowdhury MWA, Uddin A. Suicide and depression in the World Health Organization South-East Asia region: A systematic review. WHO South-East Asia journal of public health. 2017;6(1):60-6.

Kennebeck S, Bonin L. Suicidal ideation and behaviour in children and adolsecnts: evaluasion and management. https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-children-and- adolescents-evaluation-and-management#

Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. The Lancet. 2016;387(10036):2423-78.

Putra IG, Karin PA, Ariastuti NL. Suicidal ideation and suicide attempt among Indonesian adolescent students. International journal of adolescent medicine and health. 2019 Jun 1;1(ahead-of-print).

Rice SM, Simmons MB, Bailey AP, Parker AG, Hetrick SE, Davey CG, Phelan M, Blaikie S, Edwards Development of practice principles for the management of ongoing suicidal ideation in young people diagnosed with major depressive disorder. SAGE open medicine. 2014 Nov 19;2:20503 12114559574.

Valentina TD, Helmi AF. Ketidakberdayaan dan perilaku bunuh diri: Meta-analisis. Buletin P Psikologi. 2016;24(2):123-35

Van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum AT, et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies. Crisis. 201

Vijayakumar L, Daly C, Arafat Y, Arensman E. Suicide prevention in the Southeast Asia region. Crisis. 2020.

WHO. Preventing suicide: a resource for pesticide registrars and regulators. Geneva: World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2019.

WHO. Suicide in the world. Global Health Estimates. Geneva, World Health Organization, 2019

WHO. Safer access to pesticides for suicide prevention Experiences from communityinterventions. Geneva, World Health Organization, 2016

WHO. Preventing Suicide, A Resource for Media Professionals. Geneva, World Health Organization, 2008

WHO. Regional strategy on preventing suicide. Geneva, World Health Organization, 2017

Yusuf NR, Sabarinah HT. Development of a Risk-Factors Questionnaire to Assess Suicidal Ideation among High School Students of DKI Jakarta Province, Indonesia. Indian Journal of Public Health Research & Development. 2019 Sep 26;10(8):2147-51.

Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The Lancet Psychiatry. 2016;3(7):646-59.

Lampiran 1

Skrining Psikososial dengan menggunakan kerangka HEEADSSS[13]

Skrining psikososial menggunakan HEEEADSSS terdapat pada pedoman Manajemen Terpadu Pelayanan Kesehatan Remaja (MTPKR) pada Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas.

Persiapan

Sebelum memulai melakukan pertanyaan HEEADSSS, tenaga kesehatan perlu memiliki kesempatan hanya berdua dengan pasien dan melakukan pernyataan kerahasiaan medis beserta pengecualiannya. Pernyataan kerahasiaan medis diulang kembali ketika masuk ke pertanyaan sensitif, seperti penyalah-gunaan zat, seks, ide bunuh diri/perilaku melukai diri.

Faktor psikososial	Contoh Pertanyaan
Home (situasi di rumah)	Kamu tinggal dengan siapa saja di rumah? Paling dekat dan sering ngoborl dengan siapa? Skala 1-10, seberapa kamu senang dengan suasana di rumah?
Eating (pola makan)	Apa makanan kesukaan kamu? Gimana pola makan senang?
Education (situasi di sekolah, persepsi pasien tentang Pendidikan yang sedang dijalani)	Apa yang kamu paling sukai di sekolah? Apa yang paling tidak mau sukai di sekolah? Skala 1-10 seberapa kamu suka dengan sekolah kamu? Apa yang bisa bikin nilai itu naik?
Exercise (pola aktivitas fisik)	Apa olahraga kesukaan kamu? Apa pekerjaan rumah yang jadi tanggungjawab kamu?
Activity (kegiatan sehari-hari)	Apa hobi kamu? Setelah selesai sekolah/kuliah biasanya ngapain aja? Kamu pakai internet berapa lama sehari? Untuk apa saja biasanya?
Drugs (penggunaan zat adiktif)	Apakah teman-teman kamu ada yang merokok? Bagaimana soal minum alcohol? Adakah teman yang minum alcohol?

Sex (pemahaman dan perilaku seksual pasien)	Kamu pernah dapat Pendidikan seks di sekolah? Menurut kamu gimana Pendidikan seks yang pernah kamu dapat - cukup gak buat kamu? Ada gak kemungkinan kamu hamil atau menghamili teman kamu? Saat ini marak kejadian pelecehan seksual, kira-kira apa yang kamu perlu lakukan agar tidak terjadi padamu?
Stress/Suicide	Skala 1-10 sebarap kamu merasa Bahagia? Apa yang bisa bikin nilai itu naik? Pernahkah kamu berpikir menyakiti diri sendiri? Kira-kira bagaimana situasi keluarga kamu, jika kamu meninggal dunia?
Safety	Kamu naik apa ke sini? Kamu naik apa ke sekolah setiap hari? Jika naik motor, siapa yang mengemudi? Apakah selalu pakai helm? Apakah disekitar kamu ada yang pernah melakukan kekerasan atau menjadi korban kekerasan? Menurut kamu skala 1-10 seberapa aman situasi kamu saat ini?

[13] Direktorat Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan RI. Manajemen Terpadu Pelayanan Kesehatan Remaja. Kementerian Kesehatan RI, 2015

Lampiran 2

INSTRUMEN KETAHANAN JIWA REMAJA (IKJR)

Instrumen ini digunakan untuk deteksi dini faktor risiko ide bunuh diri pada remaja

Identitas Diri :

Nama: ....Jenis Kelamin...............Umur...... tahun

No	Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1.	Saya merasa orang-orang dalam hidup saya akan lebih bahagia jika hidup tanpa saya.				
2.	Saya pikir saya adalah beban bagi teman, keluarga, dan masyarakat.				
3.	Saya pikir kematian saya akan membuat orang-orang dalam hidup saya merasa lega.				
4.	Saya merasa orang-orang di sekitar saya ingin menyingkirkan saya.				
5.	Saya pikir segala sesuatu yang saya lakukan selalu dinilai memperburuk situasi atau kondisi yang ada.				
6.	Saya merasa orang lain peduli kepada saya.				
7.	Saya merasa saya adalah bagian dari sesuatu hal yang berguna.				
8.	Saya beruntung bisa memiliki banyak teman yang peduli dan mendukung saya.				
9.	Saya merasa ditinggalkan.				
10.	Saya merasa tidak dimengerti oleh orang-orang di sekitar saya.				
11.	Saya merasa terkucilkan.				
12.	Saya merasa kesepian walaupun ada banyak orang di sekitar saya.				
13.	Saya merasa hal-hal buruk akan terjadi pada saya.				

14.	Saya merasa percuma berusaha karena saya tidak akan berhasil.				
15.	Saya merasa lebih baik saya menyerah karena saya tidak bisa membuat kondisi saya menjadi lebih baik.				
16.	Saya merasa hidup saya sial terus.				

Cara Penghitungan Skor:

1. Jumlahkan nilai pada setiap aitem dari nomor 1 sampai dengan 16.
2. Bila nilai skor hasil penjumlahan seluruh aitem adalah ≥34 dapat dinyatakan mempunyai risiko IDE bunuh diri.

Lampiran 3

Kuesioner Penilaian Risiko Bunuh Diri/Perilaku Melukai Diri[14]

Pertanyaan 1	Risiko Tinggi - Nilai 2	Risiko Sedang - Nilai 1	TIdak ada Risiko - Nilai 0
Apakah perawatan/ kunjungan saat ini diakibatkan karena percobaan bunuh diri?	Ya	Tidak	
Pertanyan 2			
Kontrak Keamanan	Tidak mau membuat kontrak ATAU TIDAK mampu membuat kontrak karena ketidakmampuan menilai realitas (halusinasi, diskusi, demensia, delirium, disosiasi)	Membuat kontrak tertapi ambivalen atau dengan perhatian khusus	Kemampuan penuh untuk membuat kontrak
Rencana Bunuh Diri	Memiliki rencana dengan akses nyata atau potensial pada metode yang direncanakan	Memiliki rencana tanpa akses pada metode yang direncanakan	Tidak ada rencana
Letalitas rencana	Letalitas rencana tinggi (senjata, gantung diri, lompat dari ketinggian, karbon monoksida)	Letalitas rencana rendah (irisan superfisial, membenturkan kepala, menutup mulut dengan bantal, menahan napas)	
Risiko kabur	Risiko kabur tinggi	Risiko Kabur Rendah	Tidak ada Risiko
Ide bunuh diri	Pikiran bunuh diri terus-menerus	Pikiran bunuh diri	Tidak ada pikiran bunuh diri saat ini
Riwayat percobaan bunuh diri	Riwayat percobaan dengan letalitas tinggi	Riwayat percobaan letalitas rendah	Tidak ada riwayat percobaan

Gejala-gejala: a. Keputusasaan b. Ketidak berdayaan c. Anhedonis d. Rasa salah/malu e. Kemarahan f. Impulsivitas	Terdapat 5-6 gejala	Terdapat 3-4 gejala	Tidak ada gejala atau terdapat 1-2 gejala
Pikiran, kematian saat ini (fantasi, reuni, preokupasi dengan kematian)	Terus menerus	Terjadi cukup sering	Jarang
Pertanyaan 3	Jawaban sulit dipercaya-nilai 4	Jawaban perlu dipertanyakan nilai 3	Jawaban dapat dipercaya nilai 0
Persepsi pemeriksa terhadap keandalan pasien	Jawaban pasien tidak dapat dipercaya, beberapa tanda non-verbal ditunjukkan	Jawaban pasien perlu diperta-nyakan tetapi dapat dipercaya, sedikitnya 1 tanda non-verbal ditunjukkan	Jawaban pasien dapat dipercaya
Kunci Penilaian	10 atau lebih = perhatian untuk risiko tinggi (observasi setiap 1 jam)	4-9 perhatian untuk risiko sedang (observasi setiap 2 jam)	0 - 3 = tidak perlu perhatian khusus
Dinilai oleh :	Tanggal/Jam:		

[14] Direktorat Medik dan Keperawatan Bidang Pelayanan Medik RSUPN Dokter Cipto Mangunkusumo. Pedoman Pelayanan Pasien dengan Risiko Bunuh Diri Di RSUPN Cipto Mangunkusumo. Jakarta, 2019

Lampiran 4

Patient Health Questionnaire (PHQ) 9

Selama 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda terganggu oleh masalah-masalah berikut? *(Gunakan" ✔ untuk menandai jawaban Anda)*	Tidak Pernah	Beberapa hari	Lebih dari separuh waktu yang dimaksud	Hampir setiap hari
1. Kurang tertarik atau bergairah dalam melakukan apapun	0	1	2	3
2. Merasa murung, muram, atau putus asa	0	1	2	3
3. Sulit tidur atau mudah terbangun, atau terlalu banyak tidur	0	1	2	3
4. Merasa lelah atau kurang bertenaga	0	1	2	3
5. Kurang nafsu makan atau terlalu banyak makan	0	1	2	3
6. Kurang percaya diri-atau merasa bahwa Anda adalah orang yang gagal atau telah mengecewakan diri sendiri atau keluaraga	0	1	2	3
7. Sulit berkonsetrasi pada sesuatu, misalnya membaca koran atau menonton televisi	0	1	2	3
8. Bergerak atau berbicara sangat lambat sehingga orang lain memperhatikan. Atau sebaiknya-merasa resah atau gelisah sehingga Anda lebih sering bergerak dari biasanya.	0	1	2	3
9. Merasa lebih baik mati ingin melukai diri sendiri dengan cara apapun.	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING ___0___ + ______ + ______ + ______

=Total Score: ______

Jika Anda mencentang salah satu masalah, seberapa besar kesulitan yang ditimbulkan karenanya dalam melakukan pekerjaan, mengurus pekerjaan rumah tangga, atau bergaul dengan orang lain?

Sangat tidak sulit	Sedikit sulit	Sangat sulit	Luar biasa sulit
☐	☐	☐	☐

Skor Penilaian PHQ-9 dan Rekomendasi Terapi

- Skor < 10 : Gejala depresi ringan. Anjuran terapi adalah psikoedukasi bila ada perburukan gejala
- Skor 10 - 14 : Depresi ringan. Anjuran terapi adalah observasi gejala yang ada dalam 1 bulan (perbaikan atau perburukan) dan pertimbangan pemberian antidepresan atau psikoterapi singkat
- Skor 15 - 19 : Depresi sedang. Dianjurkan untuk memberikan antidepresan atau psikoterapi
- Skor ≥ 20 : Depresi berat : Dianjurkan untuk memberikan antidepresan secara tunggal atau kombinasikandengan psikoterapi intensif

Lampiran 5

KUESIONER SHEEHAN

Dimohon untuk membaca pertanyaan dengan seksama satu per satu. Silahkan berikan tanda silang pada salah satu poin pernyataan yang mendeskripsikan diri anda selama dua minggu terakhir

No	Butir	Respon
1.	Keinginan untuk Hidup	a. Sedang hingga besar
		b. Lemah
		c. Tidak ada
2.	Keinginan untuk Mati	a. Tidak ada
		b. Lemah
		c. Sedang hingga besar
3.	Alasan untuk hidup/mati	a. Keinginan untuk hidup lebih besar dari pada
		b. Keinginan untuk mati sama besar dengan
		c. Keinginan untuk mati lebih besar dari pada untuk
4.	Keinginan untuk membuat pencobaan bunuh diri	a. Tidak ada
		b. Lemah
		c. Sedang hingga besar
5.	Pemikiran untuk bunuh diri	a. Masih ingin untuk hidup
		b. Akan menyerahkan kehidupan atau kematian
		c. Tidak ingin diselamatkan
6.	Lama timbulnya ide bunuh diri	a. Periode Singkat
		b. Perio Lama
		c. Terus menerus (kronis)/hampir terus menerus
7.	Frekuensi ide bunuh diri	a. Jarang
		b. Kadang-kadang
		c. Terus menerus atau berkelanjutan
8.	Tindakan yang dilakukan saat munculnya ide bunuh diri	a. Menolak ide bunuh diri
		b. Bingung ingin menolak/menerima
		c. Menerima ide bunuh diri
9.	Pengendalian terhadap aksi bunuh diri	a. Bisa mengontrol
		b. Tidak yakin bisa mengontrol
		c. Tidak bisa mengontrol

10.	Pencegahan untuk percobaan bunuh diri	a. Tidak akan mencoba bunuh diri karena adat yang
		b. Ragu akan melakukan bunuh diri karena adanya
		c. Tetap akan melakukan bunuh diri walaupun ada
11.	Alasan untuk mencoba bunuh diri	a. Untuk mendapatkan perhatian/balas dendam
		b. Gabungan dari keinginan untuk mendapatkan
		c. Jalan keluar untuk menyelesaikan masalah
12.	Metode yang akan dilakukan untuk percobaan bunuh diri	a. Belum jelas
		b. Sudah jelas tetapi belum secara rinci
		c. Sudah terencana dengan baik
13.	Metode kesempatan untuk melaksanakan percobaan bunuh diri	a. Metode tidak tersedia atau tidak ada kesempatan
		b. Metode akan memakan waktu dan tenaga
		c. Metode dan kesempatan tersedia
		d. Menanti ketersediaan kesempatan di masa yang
14.	Kemampuan untuk melakukan bunuh diri	a. Tidak ada keberanian, terlalu lemah, takut tidak
		b. Tidak yakin berani atau bisa melakukan bunuh diri
		c. Yakin berarti melakukannya
15.	Keinginan untuk benar-benar bunuh diri	a. Tidak
		b. Tidak Yakin
		c. Ya
16.	Persiapan sebenarnya untuk melaksanakan aksi bunuh diri	a. Tidak ada
		b. Telah memulai tetapi belum siap, hanya berpikir
		c. Telah siap
17.	Ada pesan tertulis (surat) bunuh diri	a. Tidak ada
		b. Telah memulai tetapi belum siap, hanya berpikir
		c. Telah siap

18.	Rencana tindakan terakhir sebelum menghadapi kematian	a. Tidak ada
		b. Sudah dipikirkan atau sudah melakukan beberapa
		c. Sudah membuat rencana atau sudah melaksanakan
19.	Pura-pura memiliki ide bunuh diri	a. Mengungkapkan ide secara terbuka b. Merahasiakan ide tersebut c. Berbohong dengan mengatakan benar-benar ingin

Kuesioner ini terdiri dari 19 butir dengan nilai 0, 1 dan 2 terhadap setiap respon yang berbeda pada setiap pernyataan. Bila responden menjawab 0 (0=no desire) pada pertanyaan nomor 4 dan 5, maka bisa langsung melanjutkan pada pertanyaan nomor 20 dan 21. Klien tidak perlu menjawab pertanyaan dari nomor 6 hingga 17. Namun bila responden menjawab 1 atau 2 (1= weak, 2= moderate to strong) pada pertanyaan nomor 4 dan 5, maka mereka harus menyelesaikan seluruh pertanyaan. Skor dihitung dengan cara menjumlahkan setiap nilai dengan skor minimal 0 dan maksimal 38. Bila skor total mencapai nilai di atas 17, maka dianggap sebagai cut off klinis yang bermakna bahwa klien tersebut secara signifikan memiliki risiko bunuh diri. Semakin tinggi skor yang didapat menunjukkan semakin besar risiko bunuh diri.

Lampiran 6

PANDUAN UNTUK AWAK MEDIA

Mengapa saya harus membuat berita bunuh diri sesuai pedoman?

Lebih dari 50 studi di seluruh dunia telah membuktikan bahwa pemberitaan bunuh diri dengan gaya tertentu dapat meningkatkan pemikiran bunuh diri pada individu yang berisiko. Tingkat kenaikan seringkali terkait dengan jumlah, durasi, atau seberapa besar pemberitaannya. Risiko bunuh diri juga meningkat jika berita tersebut menerangkan secara eksplisit dan terinci metode atau cara bunuh diri, gambar atau judul berita yang terlalu didramatisasi atau sensasional, dan pemberitaan berulang kali yang melebih-lebihkan, menyederhanakan penyebab atau motif kerjadian bunuh diri dan memberikan stigma kepada orang yang meninggal maupun orang lain yang ditinggalkan.

Memberitakan bunuh diri dengan bijak, sekalipun hanya sesaat, dapat mengubah persepsi dan membenarkan mitos publik yang selama ini salah, mengurangi stigma serta dapat mendorong mereka yang berisiko atau ingin bunuh diri agar mencari bantuan.

Panduan Wawancara Narasumber

Lakukan wawancara dengan hati-hati

- Sebaiknya, wawancarai ahli atau profesional yang secara spesifik memiliki pengetahuan atau pengalaman khusus dalam kajian bunuh diri atau suicidologi. Namun, berhati-hatilah: seseorang yang bergelar profesional tidak selalu menjamin pengetahuan tentang bunuh dirinya selalu komprehensif atau tidak bias.
- Hindari mengutip profesional yang membuat asumsi atau opini yang sensasional, terlebih tanpa melakukan analisis atau observasi sebelumnya. Hindari pula memberitakan

komentar dari orang yang tidak relevan, seperti selebritis atau orang yang tidak dikenal.

Mewawancarai saksi, keluarga, tetangga, atau orang terdekat

- Lakukan wawancara secara empatik

  Mereka yang baru saja mengalami kehilangan, mereka merasakan duka yang mendalam atau bahkan trauma. Perlakukan mereka dengan penuh empati, dan berhati-hatilah agar sebisa mungkin tidak mengeluarkan pertanyaan yang sensitif, menyinggung perasaan, dan/atau dapat mengingatkan kembali trauma atau ingatan mereka.

- Hormati privasi keluarga/kerabat yang ditinggalkan

  Tanyakan terlebih dahulu apakah keluarga/kerabat yang ditinggalkan bersedia untuk memberikan keterangan, dan hormati privasi mereka. Jika bersedia, kamu dapat memberikan dukungan moral di tengah suasana berduka.

Mewawancarai polisi

- Sesuai standar operasi, polisi akan melakukan pemeriksaan untuk nantinya menyimpulkan apakah orang yang meninggal melakukan bunuh diri atau tidak. Hindari berspekulasi bahwa seseorang bunuh diri, sebelum polisi menyimpulkan demikian.
- Dalam memberikan keterangan kepada publik, polisi mungkin memberikan informasi yang mendetail, termasuk kronologi peristiwa terakhir, lokasi, dan metode/cara bunuh diri. Sebaiknya, saring informasi agar tidak mengganggu privasi atau melanggar pedoman pemberitaan yang ada.

Panduan Penulisan Pemberitaan seputar bunuh diri

1. Judul yang wajar

   Berikan judul atau tajuk berita yang sewajarnya. Hindari judul yang sensasional, clickbait, atau bernada meremehkan. Berikut adalah beberapa contoh judul dari pemberitaan

kejadian bunuh diri yang baik:

"Agar Mereka Gembira Kembali" oleh Arkhelaus Wisnu dari KORAN TEMPO "Jangan Biarkan Mereka Sendiri"oleh Dony P. Herwanto DAAI TV

"Masyarakat Diminta Aktif Mencegah Bunuh Diri Lewat Medsos" oleh Alfian Putra Abdi TIRTOID

"Kasus Bunuh Diri di Sekolah Menjadi Pelajaran Penting Pengelola" oleh Aguido Adri KOMPAS

2. Pemilihan kata-kata dan kemasan berita (framing) yang tepat.

   Gunakan pilihan kata yang wajar, tidak dilebih-lebihkan, dan tidak memperburuk stigma terhadap bunuh diri. Stigmatisasi menyebabkan orang yang memiliki bunuh diri enggan atau takut untuk mencari pertolongan, terutama kepada profesional.

3. Hargai privasi orang lain

   Nama dan alamat tempat tinggal, atau informasi lainnya yang berpotensi melanggar privasi orang yang meninggal karena bunuh diri, ataupun keluarga dan kerabatnya, tidak perlu diberikan.

4. Gunakan gambar atau video yang netral

   Gunakan potongan gambar, atau video yang netral dan tidak berpotensi mengganggu kenyamanan pembaca. Jika orang yang meninggal adalah figur publik, maka dapat menggunakan foto saat ia sedang berkarya, bekerja, atau hadir dalam acara publik.

5. Hindari hal-hal di bawah ini:

   a. Menyebutkan metode/cara dan lokasi bunuh diri Bentuk cara/metode dan lokasi bunuh diri **tidak boleh** diinformasikan apapun mediumnya, termasuk melalui

tulisan, gambar, dan/atau video. Menunjukkan cara/ metode bunuh diri yang eksplisit dapat menimbulkan beberapa dampak yang tidak diinginkan, seperti munculnya bunuh diri tiruan (copycat suicide). Hal ini pernah terjadi di Indonesia, di mana setelah muncul berita nasional di mana seseorang bunuh diri dengan menyebut metode tertentu, setelah beberapa hari kemudian diketahui terjadi bunuh diri lain yang dilakukan dengan metode/tipe lokasi yang sama.

b. Tidak menyiarkan orang yang sedang atau berniat melakukan aksi bunuh diri

   Dilarang untuk menyiarkan secara langsung (maupun tidak langsung) terhadap orang yang sedang atau berniat melakukan aksi bunuh diri, karena cara/ metode tersebut dapat memicu orang lain yang sedang memiliki keinginan bunuh diri..

c. Menyebut seseorang bunuh diri karena satu sebab saja, seperti putus cinta atau faktor ekonomi.

   Melaporkan dengan cara seperti ini meninggalkan kesan bunuh diri disebabkan oleh hal sepele dan seringkali dipahami secara salah oleh masyarakat.

d. Melakukan dramatisasi atau tulisan yang bernada sensasional, seperti:

   - Menyebut bunuh diri sebagai "mewabah" atau "meroket tajam" dan istilah lainnya yang sensasional. Sebaiknya gunakan istilah "kenaikan" atau "meningkatnya" angka bunuh diri
   - Menyebut orang yang bunuh diri telah "putus asa", "tragis", "miris" atau "selalu menderita"

e. Menyebut bunuh diri seolah terjadi tanpa penjelasan atau tanpa peringatan sama sekali karena ini adalah

mitos. Faktanya, Sebagian besar orang yang meninggal karena bunuh diri menunjukkan tanda-tanda peringatan bunuh diri.

f. Membenarkan atau memberikan kesan bunuh diri dapat dibenarkan (glorifikasi dan romantisasi) Menyebut seseorang telah "berhasil" atau "gagal" bunuh diri seolah-olah bunuh diri merupakan sebuah keberhasilan seperti "ia telah berhasil bunuh diri". Gunakan isitlah "meninggal karena bunuh diri" atau "penyintas bunuh diri atau "mencoba bunuh diri"

g. Mengemas bunuh diri sebagai berita kriminal, misalnya dengan istilah "TKP", "korban", "pelaku", dan sebagainya. Bunuh diri bukan merupakan tindak kejahatan pidana dan harus digambarkan sebagai masalah kesehatan mental masyarakat

h. Mempertontonkan keluarga dan/atau kerabat yang berduka, menangis dan sebagainya

i. Menyiarkan suasana saat persemayaman atau pemakanan dari yang meninggal

j. Mengunggah isi surat bunuh diri. Terkadang seseorang akan meninggalkan surat atau pesan terakhir sebelum bunuh diri. Pemberitaan boleh melaporkan bahwa orang tersebut meninggalkan surat bunuh diri atau pesan terakhir, namun jangan merinci apa isi dari pesan atau surat tersebut

k. Mengaitkan bunuh diri dengan hal-hal mistis

   Bunuh diri tidak disebabkan oleh hal-hal gaib, takhayul, atau mistis. Oleh karena itu, jangan mengaitkan bunuh diri dengan hal-hal berbau mistis, termasuk tidak mengaitkan lokasi bunuh diri sebagai misalnya "tempat yang angker".

6. **Sampaikan informasi dan edukasi seputar Kesehatan jiwa dan pencegahan bunuh diri** Informasi yang benar akan membantu menghilangkan mitos dan stigma seputar bunuh diri di masyarakat. Informasi yang sebaiknya disampaikan adalah:

   a. Data atau analisis perilaku bunuh diri dari sumber yang tepercaya, seperti WHO, Kemenkes RI, atau hasil penelitian terkini.

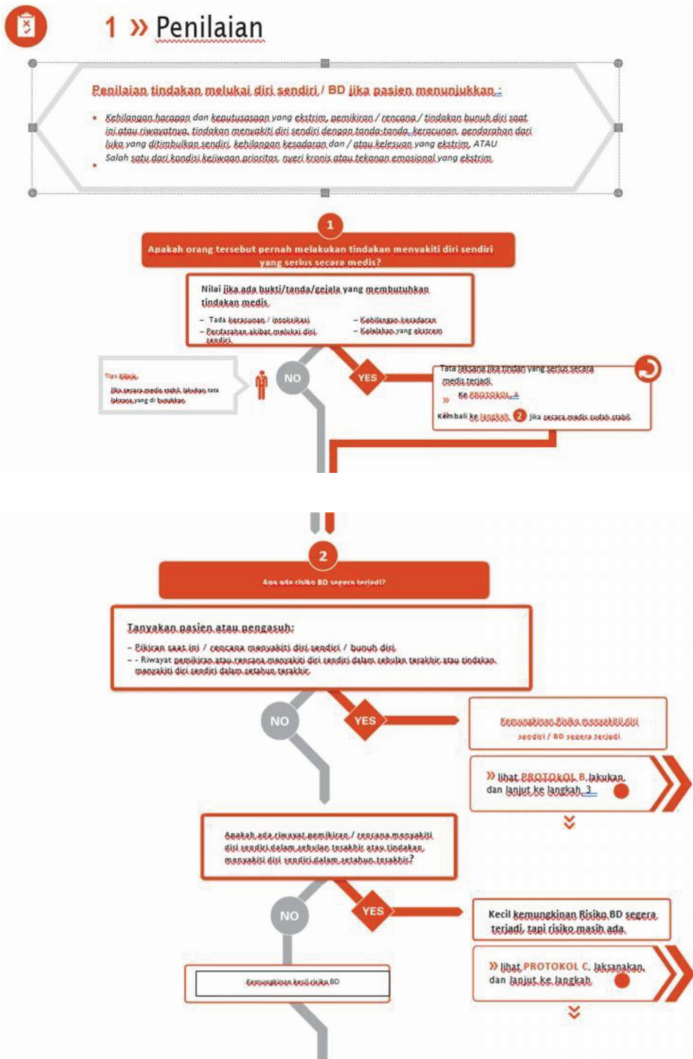
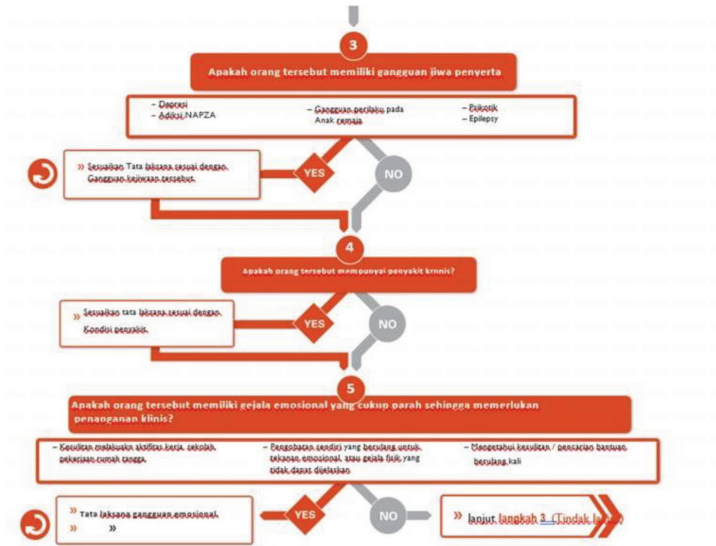
   b. Informasikan bahwa bunuh diri disebabkan oleh interaksi kompleks dan dinamis berbagai faktor, baik faktor biologis, psikologis dan sosial yang berbeda dalam diri setiap orang

   c. Mengenali tanda-tanda gangguan jiwa dan peringatan bunuh diri serta bagaimana pembaca dapat menangani pemikiran bunuh diri

   d. Masalah kejiwaan dapat pulih dengan penanganan yang tepat. Sampaikan pilihan-pilihan penanganan yang tersedia, dan informasikan daftar kontak di mana pembaca dapat mencari bantuan atau mendapat informasi yang tepat.

   e. Gambarkan adanya harapan dan pemulihan. Selalu berikan kisah penuh harapan dan pemulihan dari kondisi hendak bunuh diri di bagian akhir produk berita. Informasikan bagaimana mengatasi pemikiran bunuh diri dan meningkatkan kemampuan mengatasi stres, serta informasi mengenai pihak yang dapat dihubungi jika memiliki pemikiran bunuh diri

Lampiran 7

Algoritma Tata Kelola Klinis Pasien dengan Tindakan Bunuh Diri

2 » Tata Laksana

3 » Tindak Lanjut
1
Penilaian Kemajuan
Apa ada kemajuan?
YES
NO
» kurangi kunjungan jika ada kemajuan.
» lanjutkan kunjungan selama 2 tahun, kurangi jika sudah membaik (missal, sekali setiap 2-4 minggu setelah 2 bulan pertama
» Tingkatkan durasi kontak seperlunya.
» Rujuk ke spesialis.
Rekomendasi frekuensi kontak
» Pertahankan kontak rutin (lewat telepon, kunjungan rumah, surat, kartu kunjungan) lebih sering diawal (misal setiap hari, seminggu sekali) selama 2 bln pertama
» Lanjutkan kunjungan selama risiko masih ada.
2
PENILAIAN RUTIN TERHADAP PIKIRAN DAN RENCANA MELUKAI / BUNUH DIRI
» Pada setiap kontak, secara rutin menilai pikiran & rencana bunuh diri.
Apakah risiko melukai diri / bunuh diri sudah dekat! Lihat SUI 1 (Penilaian).

Lampiran 8. Laporan Register Tindakan Bunuh Diri

LAPORAN REGISTER TINDAKAN BUNUH DIRI

No Register	No. Rekam Medis	Usia	Jenis kelamin	Alamat	Diagnosis	Metode Tindakan Bunuh diri	Lokasi Tindakan Bunuh diri	Menyebabkan Kematian		Hasil Deteksi Dini Bunuh Diri				Hasil Deteksi Masalah Kesehatan Jiwa				Faktor Risiko			
								YA	TIDAK	IKJR	Penilaian Risiko Bunuh Diri	PHQ 9	SHEEHAN	HEEEADS	SDQ	PSC 17	SCL	Individual	Keluarga	Komunitas	Sosial Masyarakat